

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951.

THÈSE N° 449

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ROBERT MASSON

Né le 21 janvier 1922 à Besançon (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le 1951

L'ÉQUIPEMENT DE LA RÉGION SANITAIRE
DE CLERMONT-FERRAND
EN ORGANISMES D'HYGIÈNE MENTALE

Président : M. J. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE MONT-LOUIS
57, RUE BLATIN, 57
CLERMONT-FERRAND
(S.N.E.P.)

1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951.

THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ROBERT MASSON

Né le 21 janvier 1922 à Besançon (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le 1951

L'ÉQUIPEMENT DE LA RÉGION SANITAIRE
DE CLERMONT-FERRAND
EN ORGANISMES D'HYGIÈNE MENTALE

Président : M. J. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE MONT-LOUIS
57, RUE BLATIN, 57
CLERMONT-FERRAND
(S.N.E.P.)

1951

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannière, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut
 ASSESSEUR..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

I. — PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		OLIVIER (E.).
Anatomie pathologique.....		LEROUX (R.).
Bactériologie		GASTINEL (P.).
Biologie médicale.....		VERNE (J.).
Cancérologie médicale et sociale.....		HUGUENIN (R.).
Carcinologie		OBERLING (C.).
Chimie médicale.....		POLONOVSKI (M.).
Cliniques chirurgicales.....	Hôtel-Dieu	BROCQ (P.).
	Saint-Antoine	CADENAT (F.).
	Salpêtrière	MONDOR (H.).
	Cochin	QUENU (J.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....		MERLE D'AUBIGNÉ (R.).
Clinique de cardiologie.....		DONZELOT (E.).
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....		FEVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.....		MONOD (R.).
Clinique de la tuberculose.....		BERNARD (E.).
Clinique de neuro-chirurgie.....		PETIT-DUTAILLIS (D.).
Clinique de puériculture.....		LELONG (M.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GOUGEROT (H.).
Clinique des maladies du sang.....		CHEVALLIER (P.).
Clinique des maladies du système nerveux.....		ALAJOUANINE (T.).
Clinique des maladies des enfants.....		DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....		MOLLARET (F.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....		DELAY (J.).
Clinique gynécologique.....		MOCQUOT (P.).
Cliniques médicales.....	Hôtel-Dieu	BENARD (H.).
	Bichat	LAROCHE (G.).
	Cochin	HARVIER (P.).
	Pitié	LIAN (C.).
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....		JUSTIN-BESANÇON (L.).
Clinique médicale propédeutique.....		PASTEUR VALLÉRY-RADOT. (L.).
Cliniques obstétricales.....	Tarnier	LANTUEJOUL (P.).
	Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.).
	Port-Royal	PORTES (L.).
Clinique ophtalmologique.....		VELTER (E.).
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		LEMAITRE (F.).
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).....		RICHET (C.).
Clinique psychiatrique infantile.....		HEUYER (C.).
Clinique rhumatologique.....		COSTE (F.).
Clinique stomatologique.....		DECHAUME (M.).

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.).
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.).
Clinique urologique.....	FEY (B.).
Embryologie	GIROUD (A.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BARIETY (M.).
Histologie	CHAMPY (C.).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA (J.).
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C.).
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.).
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.).
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GAILLIARD (H.).
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES (F.).
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.).
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE (A.).
Pathologie médicale.....	MOREAU (R.).
Pathologie et thérapeutique générales.....	DE GENNES (L.).
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD (R.).
Physiologie	BINET (L.).
Physique médicale.....	STROHL (A.).
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.).
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.).
Thérapeutique	TURPIN (R.).

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES :

	MM.		
Anatomie	CORDIER (J.-C.)	Neurologie	SEZE (S. de).
	Pr. s. ch.		GRASSET (J.).
	DEBEYRE (J.).		LEPAGE (F.).
	DELMAS (A.).	Obstétrique	MAYER (M.).
Anatomie pathologi- que	GAUTHIER-VILLARS		MERGER (R.).
	(M ^{ne} P.) Pr. s. ch.		RAVINA (J.).
	BUSSER (F.).		VARANGOT (J.).
Bactériologie	FASQUELLE (R.).	Ophtalmologie	OFFRET (G.).
	NEVOT (A.).		DESVIGNES (P.).
Biologie médicale ...	BOURLIERE (F.).	Oto-rhino-laryngolo- gie	HALPHEN (E.)
	ETTORI (J.)		Pr. s. ch.
Chimie médicale....	Pr. s. ch.	Parasitologie	MADURO (R.).
	JAYLE (M.F.)		BRUMPT (L.).
	Pr. s. ch.	Parasitologie coloniale....	CHABAUD.
	SCHAPIRA (G.).		ABOULKER (P.).
Dermato-Syphiligraphie....	DEGOS (R.).	Pathologie chirurgi- cale	BAUMANN (J.).
	BULLIARD (H)		GOSSET (J.).
Histologie	Pr. s. ch.		HUGUIER (J.).
	COUJARD (R.).		LAURENCE (G.).
	DESCLAUX (P.).		LEGER (L.).
Hydrologie	DEBRAY (C.).		OLIVIER (Cl.).
	BOYER (J.).		PADOVANI (P.).
Hygiène	DEPARIS (M.).		POILLEUX (M.).
	DEROBERTE (L.).		ROUX (M.).
Médecine légale	GAULTIER (J.).		RUDLER (J.-C.).
			VERNE (J.-M.).
Neurochirurgie	N...	Pathologie expérimentale ...	MERKLEN (P.).

	MM.		MM.
Pathologie médicale.	BERNARD (J.).	Pharmacologie	LEVY (M ^{lle} J.) Pr. s. ch.
	BOUDIN (G.).		CHEYMOL (J. H.).
	CASTAIGNE (P.).	Physiologie	BARGETON (D.).
	CONTE (M.).		PARROT (J. L.).
	DECOURT (J.).		DOGNON (A.) Pr. s. ch.
	DOMART (A.).	Physique médicale..	DJOURNO (A.).
	DREYFUS (Gilbert).		GOUGEROT (L.).
	FAUVERT (R.).	Psychiatrie	BARUK (H.).
	HAMBURGER (J.).	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.).
	KOURILSKY (R.).	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.).
	LAMY (M.).		BROUET chargé de l'enseign.
	MAURIC (G.).	Thérapeutique	
	MILLIEZ (P.).	Urologie	KUSS (R.).
Pédiatrie	PERRAULT (M.).		
	RAMBERT (P.).		
	THIEFFRY (St.).		
	TURIAF (J.).		
	LAPLANE (R.).		
	MARIE (J.).		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (A.) (Pathologie chirurgicale)	BRINDEAU (A.) (Obstétrique)	GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale)
LE LORIER (V.) (Obstétrique)	VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)	

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.).	Clinique médicale...	LENEGRE (J.).
	FUNCK-BRENTANO (P.).		MARCHAL (G.).
	MENEGAUX (G.).		MOUQUIN (M.).
	PATEL (J.).		SOULIE (E.).
Clinique médicale ..	SICARD (A.).	Clinique obstétricale.	DIGONNET (L.).
	BOULIN (R.).		ECALLE (G.).
	BROUET (G.).		LACOMME (M.).
	CACHERA (R.).	Clinique ophthalmologique...	SUREAU (M.).
	DELARUE (A.).		RENARD (G.).
	GARCIN (J.).		AUBIN (A.).
	HAGUENAU (M.).	Clinique oto-rhino-laryngologique	
		Clinique urologique..	COUVELAIRE (R.).

Secrétaire de la Faculté.... MOREL (J.).
Secrétaire adjoint..... M^{lle} CHAINTREUIL (G.).

Bibliothécaire en chef..... Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

*Qu'elle trouve ici le gage de ma
profonde affection.*

A MES ENFANTS

AUX MIENS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A CEUX QUI NOUS ONT ENSEIGNE LA MEDECINE

Au Professeur CASTAIGNE

Au Docteur PAILLARD (*In Memoriam*)

Aux Docteurs MERLE, LUTON, PATURET, BUREAU
GERMAIN, MATHIEU

et à tous mes MAITRES

de l'ECOLE DE MÉDECINE et des HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

Au Docteur JEAN TERRASSE

Ancien Chef de Clinique de la FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Professeur à l'ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

*à qui nous sommes redevable de notre
formation clinique, avec notre reconnais-
sance pour la bienveillante sympathie
avec laquelle il nous a toujours consi-
déré.*

Au Docteur JEAN NEVEU

Ancien Chef de Clinique de la FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*dont nous avons eu l'avantage et le
plaisir d'être l'assistant pendant plu-
sieurs années, en remerciement pour les
conseils qu'il nous a donnés si amica-
lement.*

A CEUX QUI NOUS ONT ENSEIGNE LA PSYCHIATRIE

Aux Docteurs DOUSSINET, AUBIN, GISCARD

Médecins des HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

ET A TOUS CEUX QUI PARTICIPENT A L'ENSEIGNEMENT

de l'INSTITUT D'HYGIÈNE MENTALE DE CLERMONT-FERRAND

Au Docteur JEAN THEVENOT

Médecin-Chef de la CLINIQUE PSYCHOTHÉRAPIQUE

DE L'HERMITAGE

*qui a bien voulu nous choisir comme
assistant. Il nous est agréable de lui
exprimer notre gratitude pour son ensei-
gnement, ses conseils et l'amitié qu'il
nous témoigne.*

Au Docteur PIERRE DOUSSINET
Médecin-Chef de l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE SAINTE-MARIE

*qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et a bien voulu nous accorder le plus
précieux appui dans son élaboration, en
témoignage de grande reconnaissance.*

Au Docteur H. COURBAIRE DE MARCILLAT
Médecin-Conseil Régional de la SÉCURITÉ SOCIALE

Au Docteur H. JOUVELET
Médecin Inspecteur Divisionnaire de la SANTÉ

*qui ont particulièrement contribué à
l'adoption officielle du plan d'équipe-
ment régional dont l'étude est faite dans
ce travail.*

A TOUS LES DIRECTEURS
ET CHEFS DE SERVICES ADMINISTRATIFS
DE LA RÉGION ET DU DÉPARTEMENT

*dont la bienveillance nous a permis de
recueillir la documentation nécessaire.*

A Monsieur le Professeur JEAN DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Hommage de respectueuse et profonde
gratitude pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

Introduction

Le souci dominant de ce travail n'est pas seulement d'exposer un bilan de réalisations et un programme de développement et de mise au point mais de dégager, aussi exactement que possible, les directives suivant lesquelles ce programme a été conçu et établi.

Le plan d'équipement arrêté par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, dans sa séance du 13 février 1950, est un aboutissement.

Il est le résultat tangible de l'écho qu'a trouvé, en Auvergne et dans la Région du Centre, le mouvement des idées et des réalisations qui se sont manifestées en France durant ces dix dernières années.

Plusieurs des problèmes doctrinaux et pratiques soulevés par cet important mouvement général ont été abordés d'emblée ici dans une perspective unitaire et synthétique qui a conféré aux entreprises locales un caractère de nouveauté et d'originalité qu'il convient de rapporter, selon nous, à l'esprit d'avant-garde dont ont fait preuve leurs promoteurs.

Leur intention a été de délimiter et d'individualiser, sous l'enseigne de l'Hygiène Mentale, le champ d'action pratique de cette branche rajeunie et renouvelée de la Médecine que sera demain la psychiatrie, ou, comme ils préféreraient l'entendre appelée, la Médecine Psychologique ; cette expression comporte en effet toutes les résonances familières à la pensée et à la démarche médicales traditionnelles ; elle implique aussi toutes les directions particulières à une spécialité centrée sur les perturbations du comportement humain, les possibilités de leur redressement, certes, mais aussi leurs répercussions et les diverses modalités de mesures qui en découlent.

L'organisation de la pratique de cette grande spécialité qui ne connaît d'autres limites que celle de la pathologie du comportement

humain individuel, doit tenir compte de l'existence d'un assez grand nombre de secteurs, commandés par la diversité des faits pathologiques, et surtout de la multiplicité des actions nécessaires, ce qui constitue, sans aucun doute, le centre de la difficulté.

Ici, l'on a pensé que les activités médicales spécialisées devaient d'abord s'exercer, sans entrave, dans toutes les parties de ce vaste domaine et que la coordination effective des diverses activités mises en œuvre se trouverait naturellement et finalement assurée par l'inspiration médicale.

Administrateurs, Magistrats, Médecins spécialistes, Psychologues, Pédagogues, Assistantes Sociales ont accepté l'idée fondamentale d'un rassemblement en vue d'une information réciproque, de l'élaboration en commun d'un programme d'action locale, de la constitution d'équipes de techniciens appelés à collaborer à chaque branche d'activité.

Ce fut là, sans doute, le grand mérite de la Société d'Hygiène Mentale du Centre, dont le premier acte fut de créer, avec le concours de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie, l'Institut d'Hygiène Mentale de Clermont-Ferrand où s'est élaboré, avec la participation de techniciens de toutes disciplines, et, on peut bien le dire, dans le plus grand respect de l'inspiration médicale, le programme constructif qui fait l'objet de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

L'organisation de la Pratique de l'Hygiène Mentale

Si l'on reproche, parfois, à l'expression aujourd'hui courante d'Hygiène Mentale, son extension trop vaste et son caractère trop vague, c'est parce que l'on n'est pas suffisamment attentif à l'intérêt fondamental qui doit être porté à la conception théorique et pratique de l'unité du vaste domaine qui s'offre aux applications d'une science et d'un art expérimental de l'équilibre humain.

La médecine psychologique, encadrée comme toutes les branches de la médecine par les activités de prévention et de post-cure, ne représente que l'aspect psychopathologique et rééducatif de l'Hygiène Mentale, au service de tous les déficients et inadaptés psychiques, auquel doit faire pendant un aspect psychophysiologique et éducatif, au service d'un meilleur épanouissement de l'enfant et de l'homme dans la vie sociale.

Un autre grand mérite de l'expression d'Hygiène Mentale, c'est qu'elle permet de substituer à une conception médicale trop restreinte de sa pratique une conception plus adéquate, qui en fait le point de rencontre de toutes les disciplines qui ont l'homme pour centre et pour objet.

L'organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale comportera un jour la mise en œuvre d'un ensemble de dispositions et d'organismes techniques dont l'objet sera d'aider l'homme normal à améliorer sa vie individuelle et sociale. Divers mouvements tels que l'orientation et la sélection professionnelle permettent d'entrevoir le développement considérable que l'avenir réserve, sans aucun doute, à cette branche de l'Hygiène Mentale.

Dans ce travail, nous n'envisagerons que la branche psychopathologique de l'Hygiène Mentale et nous n'emploierons cette expression que dans ce sens limité.

∴

L'organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale limitée à sa branche pathologique ne répond pas seulement à une entreprise d'équipement en organismes spécialisés ; elle soulève des problèmes beaucoup plus généraux dont la solution doit être simultanément envisagée et poursuivie.

Depuis une dizaine d'années se manifeste en France, dans divers domaines se rattachant à l'Hygiène Mentale, un important effort de réalisation.

Nos grandes Administrations de la Santé Publique et de la Population, de l'Education Nationale et de la Pénitentiaire, rivalisent d'ardeur novatrice et s'efforcent de promouvoir dans leurs secteurs respectifs la réalisation d'un équipement adapté aux exigences du progrès des conceptions et des techniques.

Cet effort visiblement efficace s'exerce principalement sur l'équipement matériel en organismes spécialisés et sur une formation, mieux définie et plus perfectionnée, de leur personnel technique.

Sous cette impulsion, des progrès fort appréciables ont été réalisés dans un laps de temps relativement très court et tout permet d'avancer que l'ère de ces réalisations décisives ne fait que commencer.

Chacune de ces administrations a préconisé ou préparé des programmes d'équipement ou de formation de ses techniciens avec un souci évident de certaines grandes réalités. En matière d'équipement, par exemple, il a été judicieusement admis partout que le dispositif départemental retenu comme base d'organisation devait être complété par des organismes interdépartementaux pour toutes les catégories de sujets dont le recrutement ne pouvait être assuré que par une zone territoriale élargie.

En matière de formation des techniciens, on a également admis partout qu'une information générale étendue devait toujours compléter la stricte formation professionnelle ; et chaque administration n'a pas manqué de prévoir, pour assurer le bon fonctionnement de ses organismes particuliers de formation professionnelle, la collaboration de toute la gamme des spécialistes qualifiés.

D'autres grandes réalités ont été également perçues, mais leur solution plus délicate a paru devoir être différée ou abordée avec plus de circonspection.

Nous voulons faire allusion d'abord à cette exigence de la pratique de l'Hygiène Mentale dans tous ses domaines, qui implique la mise à contribution, simultanée ou successive, de techniciens de diverses disciplines tels que : médecins, psychologues, pédagogues, éducateurs, artisans de l'entraide et de la réadaptation sociale.

Aucune autorité administrative n'a cru pouvoir aborder cette réalité de front et dans son ensemble, se contentant d'adopter des solutions fragmentaires et attendant sans doute, pour le reste, que puissent être dégagées d'une pratique plus prolongée des directives plus précises.

Nous voulons évoquer, en outre, un des problèmes les plus particuliers à la pratique de l'Hygiène Mentale : celui qui est posé par la nécessité d'avoir fréquemment recours à des mesures de protection, d'encadrement ou de tutelle.

Nul n'ignore l'opportunité si fréquente des mesures de contrainte pas plus que l'utilité, plus générale, des mesures d'entraide ou d'assistance sous contrôle.

La difficulté tient ici à l'intervention nécessaire du législateur. Ce qui retient l'attention, là encore, c'est que le législateur est sollicité d'apporter à une question d'ordre général des solutions partielle et fragmentaires, comme si l'on hésitait à adopter une vue synthétique des problèmes de la pratique de l'Hygiène Mentale.

Il est possible qu'une telle hésitation trouve une partie de son explication dans la vitalité persistante des particularismes administratifs et même techniques ; il semble surtout que l'on ne soit pas encore parvenu à une conception unitaire de l'Hygiène Mentale et de sa pratique.

Un effort dans ce sens, dont l'importance doit être soulignée, a été tenté et poursuivi sous l'égide de la Santé Publique, qui s'est employée à unifier la pratique de l'Hygiène Mentale de l'Enfance en concevant et en utilisant un instrument coordinateur, représenté par les Associations Régionales de Sauvegarde à l'enfance et à l'adolescence inadaptées. Il faut louer cet effort dans toute la mesure où il a été et où il peut être fécond.

Il répond cependant à une conception trop étroite ou insuffisamment audacieuse, d'où découle la séparation artificielle et regrettable de l'Hygiène Mentale de l'enfant et de l'Hygiène Mentale de l'adulte.

Pour avoir consenti à isoler le problème de l'enfance, on a accepté de fragmenter le problème de l'Hygiène Mentale et l'on a renoncé, par là même, au magnifique essor qui aurait pu être donné d'emblée à l'Hygiène Mentale tout entière à la faveur précisément de l'intérêt suscité par les problèmes de l'enfant.

L'originalité et sans doute le mérite des promoteurs de l'organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale dans la Région du Centre a été de tenter, sous leur responsabilité et dans un secteur

limité, une expérience d'unification plus large, destinée dans leur esprit à servir la cause, qui leur paraît essentielle, de l'unité de l'Hygiène Mentale.

..

Avant de donner un aperçu sur les modalités de cette action locale, nous dirons rapidement sur quelles données principales peut être rationnellement fondée l'unité de la pratique de l'Hygiène Mentale.

L'unité de la pratique de l'Hygiène Mentale paraît pouvoir être fondée sur l'originalité de son objet — sur la conception et l'organisation d'une pratique médico-psychologique élargie — sur l'identité de structure des dispositifs d'assistance — sur l'opportunité des mesures de protection et de tutelle.

L'originalité de l'objet de l'Hygiène Mentale répond à la *généralité de l'anomalie psychique* : son champ d'action s'étend, sans aucun artifice, de la déficience intellectuelle bénigne et du trouble caractériel léger jusqu'aux anomalies graves de développement et jusqu'à la délinquance en passant par les affections mentales proprement dites.

Il doit être précisé, en outre, que les techniques médico-psychologiques de l'Hygiène Mentale doivent être mises au service de tous les prédisposés par le fait de leurs infirmités physiques ou de la précarité de leurs conditions sociales, que leurs attributions s'étendent notamment à la surveillance du développement et de l'adaptation sociale des déficients sensoriels (aveugles et sourds-muets) et à la surveillance du développement des orphelins et autres déshérités sociaux.

Si l'unité de l'objet de l'Hygiène Mentale se dégage de la nature des choses, l'unité de sa pratique ne peut être assurée que par l'adoption généralisée d'une organisation technique adaptée à son exercice.

Du point de vue technique, la pratique de l'Hygiène Mentale correspond à un art qui n'est pas exclusivement médical et qui exige la mise à contribution de compétences et d'activités tout aussi essentielles, d'ordre psychologique, pédagogique, éducatif, social et même moral.

Il ne paraît pouvoir être satisfait à cette exigence que par la conception et la mise en œuvre d'une pratique médico-psychologique élargie qui admettra l'organisation d'une *coopération technique constante fondée sur l'inspiration médicale*.

Dans tous les domaines de l'Hygiène Mentale, l'exercice des activités techniques devrait toujours, pour correspondre à l'originalité de leur objet, être assuré par une équipe organisée de praticiens.

Il découle de cette conception qu'une *formation complémentaire*

spéciale, commune à toutes les catégories de techniciens spécialisés et susceptibles de créer entre eux le lien organique nécessaire à leur coopération de chaque jour, devrait être prévue et organisée.

Il serait dès lors du plus haut intérêt, pour la concrétisation et le développement de l'unité de l'Hygiène Mentale, que cet enseignement soit dispensé dans des *Instituts Spéciaux*, véritables Instituts d'Université, aux activités desquelles seraient appelés à participer des représentants qualifiés de toutes les Facultés et des praticiens de toutes les disciplines professionnelles requises.

Les ressortissants de l'Hygiène Mentale se trouvent, en raison de nécessités rationnelles ou administratives, répartis en un certain nombre de catégories ou de secteurs d'assistance dont le nombre peut être, sans trop d'arbitraire, fixé à six, à savoir :

L'enfance abandonnée,
L'enfance inadaptée,
Les déficients sensoriels,
Les déficients mentaux,
Les névropsychopathes,
Les inadaptés sociaux.

Il est remarquable de constater la véritable uniformité des dispositifs rationnels qui répondent aux exigences techniques de ces divers secteurs d'assistance.

En effet, qu'il s'agisse de l'organisation de l'assistance à l'enfance abandonnée, à l'enfance inadaptée ou déficiente, aux névropsychopathes ou aux inadaptés sociaux, le dispositif rationnel comportera toujours : *des organismes de dépistage — d'accueil et d'observation — des organismes de cure — d'éducation ou de rééducation — des organismes d'adaptation ou de réadaptation sociale*.

Le problème juridique de la protection et de la tutelle est, lui aussi dans une très large mesure, un problème commun à tous les ressortissants de l'Hygiène Mentale, au point qu'il paraît tout à fait désirable de le résoudre par un texte législatif d'ensemble et même par une *institution unique*, détentrice de l'autorité de tutelle et dispensatrice de toutes ses modalités d'applications.

Nous donnerons quelque développement à cette importante question dans un des chapitres de ce travail.

..

Dans la Région du Centre, l'unité de l'Hygiène Mentale et de sa pratique a été érigée en principes fondamentaux qui ont servi de fil conducteur à l'entreprise poursuivie. Ils ont été généralement compris, admis et acceptés comme des facteurs d'activation, de cohésion et de progrès.

La constitution d'une Société d'Hygiène Mentale marqua le début de cette entreprise.

La Société d'Hygiène Mentale du Centre, créée en janvier 1947 par M. DELAUNAY, préfet du Puy-de-Dôme et M^{me} DELAUNAY, ancien membre de l'Assemblée Nationale Consultative, a été conçue comme un instrument destiné à favoriser, dans la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, comprenant les départements du Puy-de-Dôme, de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et de la Lozère, le développement de l'Hygiène Mentale et l'organisation de sa pratique ⁽¹⁾.

Instrument efficace de propagande et d'action, la Société d'Hygiène Mentale du Centre a bénéficié d'emblée de tous les appuis locaux, elle est parvenue en quelques années à recruter des milliers d'adhérents et à susciter l'intérêt du grand public.

Elle s'est efforcée tout d'abord de procéder au rassemblement des techniciens spécialisés de toutes disciplines et de toutes obédiences administratives.

Les cadres généraux de ce rassemblement, prévus par les statuts, correspondent aux six groupes professionnels suivants :

- 1^{er} groupe professionnel.. *Justice, tutelle et préservation sociale.*
- 2^e groupe professionnel.. *Assistance aux mineurs.*
- 3^e groupe professionnel.. *Neuro-psychiatrie.*
- 4^e groupe professionnel.. *Psychologie appliquée.*
- 5^e groupe professionnel.. *Pédagogie spéciale et rééducative.*
- 6^e groupe professionnel.. *Hygiène Sociale. - Entraide et réadaptation sociale.*

Cet acte initial fut aussitôt complété par la détermination des tâches particulières qui incombent aux techniciens dans l'organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale.

Il fut admis qu'il appartenait aux techniciens de décider de travailler en équipes et d'organiser les modalités de leur coopération. Il fut également admis qu'il leur appartenait d'inspirer les réalisations des administrations et des pouvoirs publics afin que soient favorisés les intérêts essentiels de l'Hygiène Mentale et de ses applications.

La Société procéda alors à l'ouverture, à Clermont-Ferrand, d'un Institut d'Hygiène Mentale, qui fut d'abord un Centre de contacts et d'information réciproque entre les diverses variétés de techniciens, où chaque groupe professionnel eut à cœur d'apporter, avec un intérêt et une régularité jamais démentis, une documentation des plus consciencieuses.

De ces échanges se dégagèrent à l'évidence l'identité des préoc-

(1) Pierre DOUSSINET, *Sous le signe de la Croix Marine*. Imprimerie Régionale, Clermont-Ferrand, 1949.

cupations et des besoins, la communauté des points de vue et des aspirations.

A leur faveur, se prépara l'organisation de la coopération et se réalisa, pour divers secteurs, la constitution d'équipes.

L'Institut d'Hygiène Mentale devint par la suite un Centre de formation professionnelle spécialisée. L'enseignement y fut réparti en cours généraux communs à tous les élèves et en cours spéciaux dispensés dans quatre sections distinctes visant la psychologie appliquée — la pédagogie spéciale — la technique sociale spécialisée — la psychologie criminelle et la criminologie sociale.

L'Institut ayant obtenu la participation de représentants de toutes les Facultés et Ecoles, il fut finalement envisagé de le transformer en Institut d'Université sous le nom d'*Institut d'Hygiène Mentale et de Psychologie appliquée*. Le projet, approuvé par le Conseil d'Université de Clermont, est actuellement l'objet d'une demande d'autorisation.

Ces deux premières initiatives de la Société d'Hygiène Mentale du Centre paraissent avoir été, en tous points, capitales. Elles ont amené les esprits à cette optique synthétisante de l'Hygiène Mentale, ce qui a permis, par la suite, l'élaboration d'un plan d'équipement où se concrétise l'unité de la pratique de l'Hygiène Mentale.

On conçoit dès lors le concours important que la Société a apporté au plan d'équipement de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand en organismes d'Hygiène Mentale.

C'est au travail accompli, dans le cadre de l'Institut de Clermont-Ferrand, qu'est due la notion clarificatrice de l'uniformité des dispositifs applicables à chaque secteur.

C'est à lui également qu'est due la détermination de la ligne de conduite si simple et si rationnelle qui a été adoptée dans la Région et qui s'exprime par le souci de favoriser dans tous les secteurs l'achèvement du dispositif rationnel, lorsqu'il est incomplet, ou son développement lorsqu'il est insuffisant par rapport aux besoins, ou son perfectionnement technique lorsque la qualité de ses organismes laisse à désirer.

On retrouvera aisément dans chacun des chapitres qui vont suivre l'application et l'adaptation de ces vues générales et de ces directives.

On appréciera également, chemin faisant, que si la mission des Sociétés d'Hygiène Mentale en matière d'assistance n'est pas de se substituer aux pouvoirs publics ou aux administrations compétentes, mais d'amener ceux-ci à procéder, dans les meilleures conditions, aux réalisations qui leur incombent, il reste, néanmoins, pour ces Sociétés, de nombreuses et fécondes initiatives à prendre pour engager le public à collaborer à la vaste et difficile tâche de la réadaptation sociale des divers bénéficiaires des progrès de l'Hygiène Mentale.

REGION SANITAIRE
DE
CLERMONT-FERRAND



CHAPITRE II

L'Enfance abandonnée

On conviendra que l'enfant abandonné intéresse, à beaucoup d'égards, l'hygiène et la prophylaxie mentale et que le chapitre consacré à ce secteur d'assistance trouve naturellement sa place en tête de ce travail.

L'abandon doit être considéré sous ses deux aspects, matériel et moral, ce qui conduit à distinguer deux catégories d'enfants abandonnés :

1° *L'Enfance matériellement abandonnée*, c'est-à-dire, d'après l'article 6 de la loi du 15 avril 1943 :

a) L'enfant qui, né de père et de mère inconnus, a été trouvé dans un lieu quelconque ou porté dans un établissement dépositaire (enfant trouvé) ;

b) L'enfant qui, né de père ou de mère connu, en est délaissé sans qu'on puisse recourir à eux ou à leurs ascendants (enfant abandonné) ;

c) L'enfant qui, n'ayant ni père, ni mère, ni ascendant auxquels on puisse recourir, n'a aucun moyen d'existence (orphelin pauvre).

2° *L'Enfance moralement abandonnée*, c'est-à-dire, d'après la loi du 24 juillet 1889 complétée par les lois des 15 novembre 1921, 20 décembre 1922, 23 juillet 1925, 5 août 1926, 17 juillet 1927, le décret du 30 octobre 1935 et la loi du 23 juillet 1942 :

a) Les enfants de parents indignes qui ont été condamnés pour

certaines crimes ou délits ayant entraîné la *déchéance de la puissance paternelle, de plein droit* (peine complémentaire de la peine principale qui joue automatiquement) ;

b) Les enfants pour lesquels doivent être pris des mesures de protection parce que leurs parents se sont rendus coupables de certains crimes et délits (autres que ceux prévus dans l'article précédent) — ou se sont montrés incapables de remplir leur mission naturelle de nourriciers et d'éducateurs.

C'est le cas de ces parents qui, par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire ou scandaleuse, par de mauvais traitements, par un défaut ou un manque de soins, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs descendants.

PREVENTION

Le premier soin de l'Assistance à l'Enfance est d'éviter les abandons d'enfants : l'abandon étant un acte aux conséquences trop déplorables pour que tout ne soit pas mis en œuvre afin de le prévenir.

Les Maisons Maternelles, gérées ou financées par le Service de l'Assistance à l'Enfance, où la femme enceinte et la mère avec son nouveau-né sont reçues gratuitement et sans formalité, contribuent puissamment à cette action préventive et permettent en même temps une œuvre éducative dont les résultats ne sont pas niables.

Un Comité de Service Social, institué par la loi du 15 avril 1943, doit exister dans chaque Maison Maternelle, en vue de procurer du travail aux mères lors de leur sortie de la Maison Maternelle, de leur assurer un soutien moral et, le cas échéant, de faciliter les recherches de paternité.

Les secours préventifs d'abandon, accordés par le Service Départemental de la Population aux mères démunies de ressources, peuvent s'ajouter aux diverses prestations familiales que l'ordonnance du 4 octobre 1945, la loi du 22 août 1946, le Règlement d'Administration publique du 10 décembre 1946, ainsi que les lois du 31 décembre 1947 et du 2 mars 1948, ont considérablement augmentées et étendues.

Ces mesures ont porté leurs fruits puisque dans tous les départements le nombre d'abandons diminue d'année en année. A titre d'exemple, voici le tableau des statistiques d'abandons, pour le département du Puy-de-Dôme, portant sur ces dix dernières années :

DATES	ABANDONS VOLONTAIRES OU DE FAIT	
	Trouvés ou abandonnés	Orphelins
31 décembre 1941.....	1.012	45
31 décembre 1942.....	972	47
31 décembre 1943.....	955	46
31 décembre 1944.....	922	46
31 décembre 1945.....	858	45
31 décembre 1946.....	801	45
31 décembre 1947.....	768	40
31 décembre 1948.....	709	37
31 décembre 1949.....	649	32
31 décembre 1950.....	619	33

Il paraît cependant utile d'insister sur la nécessité de prévoir, dans chaque Maison Maternelle, un *Service Médico-Psychologique*, qui peut seul permettre l'observation indispensable à toute tentative rationnelle de réadaptation professionnelle et sociale des mères. Les Maisons Maternelles ainsi dotées serviront non seulement à éviter les abandons, mais permettront aux mères de pouvoir reprendre, avec les meilleures chances de succès, une vie sociale normale.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède une Maison Maternelle par Département.

Pour l'Allier :

Maison Maternelle départementale à *Huriel* (20 lits). Dans ce département, un important projet est actuellement à l'étude pour remplacer l'établissement actuel par un autre, de conception beaucoup plus moderne, dont l'aménagement est prévu à *Saint-Pourçain-sur-Sioule*.

Pour le Cantal :

Maison Maternelle des Hospices à *Aurillac* (4 lits).

Pour la Lozère :

Maison Maternelle de l'Hôpital-Hospice à *Mende* (38 lits).

Pour le Puy-de-Dôme :

Maison Maternelle départementale des Quayres à *Vic-le-Comte* (30 lits).

Pour la Haute-Loire :

Maison Maternelle à *Yssingeaux* (10 lits).

Il serait nécessaire de prévoir, pour chacun de ces établissements, *un service ou une consultation médico-psychologique d'observation et d'orientation.*

DEPISTAGE

Si le nombre des enfants matériellement abandonnés décroît chaque année, par contre, si l'on en juge d'après les statistiques, le nombre des abandons moraux est en nette augmentation.

Le tableau suivant, établi pour le département du Puy-de-Dôme, montre cette sensible progression :

DATES	MORALEMENT abandonnés	EN GARDE
31 décembre 1941.....	253	25
31 décembre 1942.....	277	35
31 décembre 1943.....	278	41
31 décembre 1944.....	291	41
31 décembre 1945.....	269	34
31 décembre 1946.....	261	47
31 décembre 1947.....	275	73
31 décembre 1948.....	292	78
31 décembre 1949.....	291	80
31 décembre 1950.....	287	81

La prévention est dans ce domaine beaucoup plus malaisée à concevoir et surtout à réaliser puisqu'il ne saurait s'agir que d'une vaste action de propagande tendant à faire l'éducation des masses et à augmenter leur moralité.

C'est au dépistage de l'Enfance moralement abandonnée que doivent être apportés, pour l'heure, les soins les plus attentifs.

La première action de *dépistage organisé* incombe à tous les *Services Sociaux familiaux*, qui doivent déclencher sans retard l'intervention des *Services Sociaux près des Tribunaux*. (Nous reparlerons de l'organisation technique de ces Services Sociaux spécialisés dans le chapitre de l'Enfance inadaptée.)

Lorsque le cas d'un enfant moralement abandonné sera signalé par une Assistante Sociale familiale, au Service Social près du Tribunal, une enquête approfondie sera immédiatement effectuée par cet organisme qui prendra l'initiative d'en référer au Procureur de la République si le cas lui paraît comporter une solution judiciaire.

La nécessité de placer l'enfant sous la protection de la Justice

étant une éventualité fréquente, c'est à cette dernière qu'il appartiendra, dans la plupart des cas, de se prononcer sur les mesures opportunes.

La gamme des mesures judiciaires est à la fois riche et souple ; elle comprend, par ordre de gravité : l'admonestation aux parents, l'assistance éducative, la tutelle aux Allocations familiales (loi du 22 août 1946), le retrait du droit de garde, la déchéance totale de la puissance paternelle.

Dans ce dernier cas, la tutelle des enfants sera alors confiée soit à un tiers, soit au Service d'Assistance à l'Enfance, soit à un Etablissement de Bienfaisance.

Le dépistage de l'Enfance moralement abandonnée se présente donc d'abord comme un problème social, comportant, la plupart du temps, l'intervention de la Justice.

Lorsque l'enfant est enlevé à ses parents, il devient, tout comme l'enfant matériellement abandonné, *pupille de l'Etat* ; il est alors pris en charge par les Services d'Assistance, et c'est dans le cadre de ces derniers qu'auront à s'exercer les diverses mesures d'Hygiène Mentale opportunes.

Mais lorsque l'enfant présumé « en danger moral » est laissé sous certaines conditions à ses parents, il importera toujours d'ajouter aux diverses garanties requises celle de la *surveillance médico-psychologique* de l'enfant par un Dispensaire ou une Consultation spécialisée d'Hygiène Mentale.

Cette précaution devra toujours être présente à l'esprit des Magistrats et des Services Sociaux soucieux d'accomplir leur tâche avec le maximum d'efficacité.

Il ne s'agit d'ailleurs que de rendre plus systématique une pratique dont l'utilité et l'intérêt sont déjà assez généralement compris des défenseurs et des protecteurs légaux de l'Enfance moralement abandonnée.

ACCUEIL et OBSERVATION

Les enfants matériellement abandonnés ou les enfants enlevés à leurs parents par mesure de justice sont pris en charge par les Services d'Assistance à l'Enfance, et c'est ici le lieu de rappeler la somme énorme de dévouement qui s'exerce tant dans les organismes publics que dans les organismes privés, en faveur de cette Enfance privée de tutelle naturelle.

Le premier échelon de l'Assistance à l'Enfance abandonnée est représenté par le Centre d'Accueil.

Le Centre, ou Foyer d'Accueil, est un organisme départemental relevant administrativement de la Direction de la Population.

Dans la pratique, le Centre d'Accueil est un lieu de passage

où l'enfant est appelé à séjourner avant son placement. Dans le principe, le Centre d'Accueil devrait être également un Centre d'Observation, c'est-à-dire un organisme préposé à l'étude et à la solution du problème individuel posé par chaque pupille.

L'enfant abandonné, on ne saurait trop y insister, n'est pas qu'un cas social. La situation d'abandon est la situation vulnérante par excellence pour l'équilibre de l'enfant. Sa nocivité doit être évaluée pour chaque cas. Ce qui revient à dire que chaque pupille doit être soumis à une observation médico-psychologique approfondie, dans la perspective de mesures à prendre pour son épanouissement, son adaptation, son traitement, s'il y a lieu.

Pour chaque enfant se posent un problème de diagnostic et un problème d'orientation qui doivent être résolus par une observation et un examen médico-psychologique.

Le Foyer Départemental des Pupilles doit être organisé dans cet esprit pour être élevé au niveau matériel et technique d'un *Centre d'Accueil et d'Observation*.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède un Foyer d'Accueil par département; ces Foyers fonctionnent respectivement :

Pour l'Allier, dans le cadre de l'Hôpital de Moulins.

Pour le Cantal, dans le cadre de la Maison de l'Enfance d'Aurillac.

Pour la Haute-Loire, dans le cadre de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital du Puy.

Pour la Lozère, dans le cadre de l'Hôpital-Hospice de Mende.

Pour le Puy-de-Dôme, dans le cadre de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand.

Ces Foyers sont tous insuffisants tant au point de vue locaux qu'au point de vue équipement, ce qui a conduit la Commission d'Action Sanitaire et Sociale à prévoir, dans son plan d'équipement régional, la création dans chaque département d'un Foyer de l'Enfance ou Foyer des pupilles répondant aux nécessités de l'accueil ainsi que de l'observation médicale et médico-psychologique.

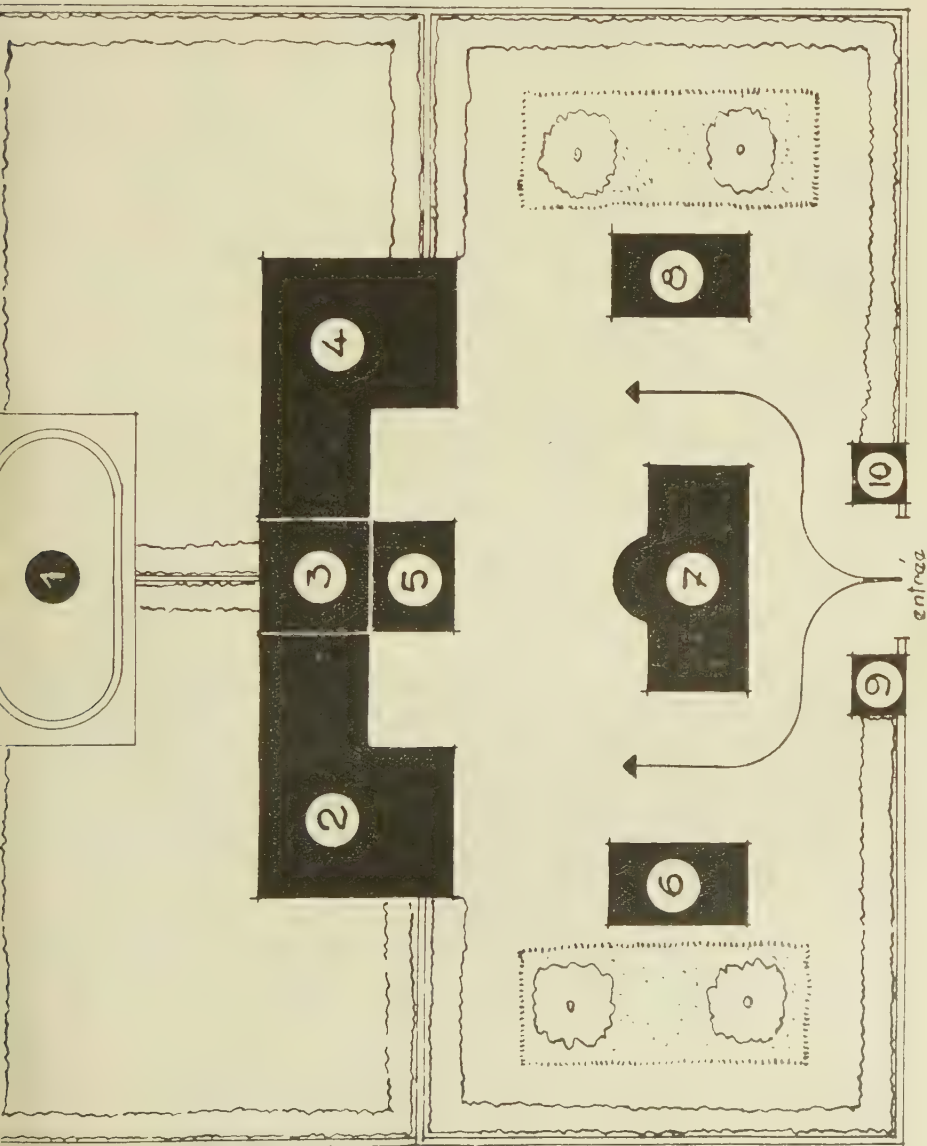
Le département du Puy-de-Dôme est redevable à M. Guénier, Inspecteur Divisionnaire de la Population, d'un projet en voie de réalisation.

Un autre projet portant réfection d'un bâtiment en bordure de l'Hôpital Emile-Roux au Puy est également envisagé dans la Haute-Loire.

Le plan qui illustre ce chapitre est un plan schématique et indicatif de Foyer de l'Enfance Abandonnée.

FOYER DE L' ENFANCE

SCHEMA INDICATIF



1. — Terrain de sport.

2. — Bâtiment des filles.

3. — Salle de jeux.

4. — Bâtiment des garçons.

5. — Service médical et médico-psychologique.

6. — Services généraux.

7. — Pouponnière.

8. — Services administratifs.

9. — Conciergerie.

10. — Bureau d'abandon.

CURE et PLACEMENT

Après avoir été ainsi étudiés et observés dans les conditions les plus propices, les pupilles seront l'objet de placement.

Les résultats des examens médicaux et médico-psychologiques pourront conduire à placer certains enfants dans les Centres de Cure les plus divers et notamment dans les établissements spécialisés en pédagogie spéciale ou en rééducation. Dans la plupart des cas toutefois, c'est vers la réalisation de conditions de vie aussi rapprochées que possible de la normale que devront tendre les efforts. Ce qui manque à l'enfant abandonné, c'est une famille ; ce qu'il convient de lui procurer, c'est un milieu familial de remplacement.

Le Placement familial est une pratique ancienne des Services de l'Assistance à l'Enfance. Il reste, pour la grande généralité des cas, la solution de choix.

Il est naturel de placer les mineurs abandonnés dans une nouvelle famille d'adoption, qui est la solution la meilleure et la plus humaine puisqu'elle permet de maintenir l'enfant dans des conditions aussi proches que possible de celles qu'il aurait pu trouver dans son propre milieu familial.

La réalisation de ces placements est réglée par l'Ordonnance du 2 novembre 1945.

Pour les enfants du premier âge, on tend de plus en plus à les placer dans des familles rurales groupées en « Centres Nourriciers », au cœur duquel réside une infirmière d'adaptation, et sur lequel s'exerce la surveillance d'un médecin spécialisé. Grâce à ces heureuses dispositions, les services de l'Assistance ont réussi à ramener à zéro la mortalité des nourrissons qui leur sont confiés.

Le même principe d'organisation reste valable pour les mineurs plus âgés confiés à des Foyers ruraux.

Le département du Puy-de-Dôme possède un Centre Nourricier à proximité de la localité de Cournon. L'Allier et la Haute-Loire possèdent également un Centre Nourricier, le premier dans l'arrondissement de Moulins et le second dans l'arrondissement de Brioude. Pour les enfants plus âgés, des Services de l'Assistance de la Région procèdent habituellement encore à des placements disséminés. A noter cependant l'existence sur le territoire de plusieurs centres de placements organisés et gérés par le département de la Seine pour ses ressortissants.

Le Placement familial, même organisé sur une grande échelle, ne peut malheureusement pas suffire à résoudre le problème de l'Assistance à l'Enfance abandonnée.

Le placement en internat restera longtemps encore, semble-t-il, une nécessité pratique, et l'orphelinat, quel que soit le nom et la forme que lui impose le progrès des conceptions modernes, persistera vraisemblablement dans l'avenir.

Tant qu'il ne sera pas possible de renoncer à des communautés d'enfants sans famille, bon gré mal gré, l'orphelinat et ses écueils survivront.

Pour l'heure, semble-t-il, il convient de s'employer à leur insuffler une nouvelle vie, à les amener à une compréhension élargie de leur mission sociale et à une participation plus adaptée au progrès technique.

Cette réforme ne serait pas tellement malaisée si une doctrine précise était tout d'abord formulée, si des conditions d'agrément étaient exigées et si, enfin, un financement normal de fonctionnement était réalisé.

La Région du Centre est largement pourvue en orphelinats :

L'Allier possède 6 orphelinats d'une capacité totale de 300 lits.

Le Cantal possède 4 orphelinats d'une capacité totale de 200 lits.

La Haute-Loire possède 3 orphelinats d'une capacité totale de 185 lits.

La Lozère possède 4 orphelinats d'une capacité totale de 230 lits.

Le Puy-de-Dôme possède 9 orphelinats d'une capacité totale de près de 500 lits.

La plupart de ces établissements sont des œuvres privées. Si le mérite et le dévouement de ces œuvres à la grande cause de l'Enfance abandonnée ne saurait être discutés, il n'en reste pas moins que presque tous auraient à accomplir de gros efforts de renouveau pour se mettre au niveau des desiderata modernes de la technique.

C'est ainsi qu'en a jugé la Commission d'Action Sanitaire et Sociale qui a prévu dans son plan d'équipement régional la réforme des méthodes actuelles de ces organismes.

Il est juste de signaler que des progrès ont été accomplis en divers endroits ; que certains établissements comme « le Foyer de l'Enfance » de Thiers, dans le Puy-de-Dôme, tendent à se rapprocher des formules plus modernes en laissant loin derrière eux les aspects sévères et les procédés peu épanouissants du passé.

Nous ne saurions clore ce chapitre sans mentionner, avec l'intérêt qui lui est dû, la ressource offerte par *l'adoption*. L'adoption

connaît de nos jours une certaine vogue. Elle peut représenter pour l'enfant abandonné une véritable faveur du destin et cependant on ne saurait manquer de faire à son sujet quelques réserves portant sur la grande opportunité qu'il y aurait à pouvoir limiter l'exercice de cette belle variété d'entraide sociale aux sujets offrant des garanties suffisantes de capacités éducatives et d'équilibre individuel.

CHAPITRE III

L'Enfance inadaptée

Le terme d'Enfance Inadaptée est reçu aujourd'hui dans une acception extrêmement vaste. Pour la clarté de l'exposé, nous le réserverons à l'Enfance marquée par la prédominance des troubles caractériels, des troubles névrotiques et prénévrotiques, sur les manifestations de déficience proprement dite.

Parmi ces enfants nous distinguerons deux catégories principales, sans que ces catégories puissent être considérées comme nettement séparées et étanches au point de vue technique de soins et de rééducation :

— La catégorie des enfants déséquilibrés, difficiles, *prédisposés aux affections névropathiques*, que nous étudierons dans le chapitre des Névropsychopathes.

— La catégorie des enfants présentant des *comportements antisociaux* — délinquance, prédélinquance et paradélinquance — ou présentant, en raison de leur structure caractérielle ou de leurs aptitudes réactionnelles, une prédisposition à ces comportements.

C'est cette catégorie de sujets inadaptés qui fera l'objet de ce chapitre.

Selon l'acceptation courante, nous entendrons par *enfant délinquant* le sujet dont le comportement délictueux a été reconnu et authentifié comme tel par l'action judiciaire ; et par *prédélinquant* celui qui a présenté des comportements antisociaux caractérisés, mais qui ont échappé aux poursuites et à l'action judiciaire.

Nous recevrons également, conformément à l'usage, le terme de *paradélinquance* comme s'appliquant de façon particulière au vagabondage et à la prostitution des mineures.

Nous éviterons d'employer l'expression juridique d'enfants « en danger moral ». Cette expression confond en effet, sous le même

vocable, l'Enfance mise en danger par le manque de direction et l'action négative ou perversissante du milieu, que nous avons retenue dans le chapitre précédent sous le terme « d'Enfance moralement abandonnée » et l'Enfance en état de danger du fait de ses propres dispositions aux actes antisociaux.

Nous retiendrons ici ce dernier groupe de sujets en le désignant par l'expression sans équivoque d'*Enfance prédisposée aux réactions de délinquance*.

Enfants délinquants, prédélinquants, paradélinquants, et prédisposés aux réactions de délinquance, représentent donc la catégorie d'enfants inadaptés qui fait l'objet de ce chapitre d'assistance.

Nous adoptons ici la position traditionnelle qui admet implicitement l'unité de cette vaste catégorie de sujets, estimant que si les comportements antisociaux de l'enfant, comme ceux de l'adulte d'ailleurs, ne correspondent pas toujours à des caractéristiques psychophysiologiques ou psychosociales assez homogènes pour constituer une famille pathologique absolument distincte, la plupart des sujets qui les présentent n'en posent pas moins des problèmes pratiques assez spéciaux pour déterminer l'organisation d'une section particulière d'Assistance.

Il importe cependant de souligner que l'acte antisocial de l'enfant ou la prédisposition à le commettre ne sauraient, à eux seuls, déterminer son orientation thérapeutique ou rééducative, qui doit toujours rester soumise à l'appréciation du médecin spécialiste qualifié.

Sous cette réserve, nécessaire pour éviter les confusions arbitraires et sauvegarder les intérêts essentiels de l'enfant, l'unité de ce secteur d'Assistance nous paraît devoir être admise et considérée comme rationnelle.

L'unité de ce secteur d'Assistance se trouve, par surcroît, fondée sur le fait que son accès est, la plupart du temps, prescrit par mesure de Justice.

Qu'il s'agisse d'enfants délinquants (ordonnance du 2 juin 1945), de paradélinquants (décret du 30 octobre 1935), de prédélinquants ou de sujets prédisposés à la délinquance appelant une mesure de correction paternelle (décret du 3 octobre 1935 et ordonnance du 13 septembre 1945), l'intervention de la Justice est de règle.

On sait les remarquables progrès de notre législation en la matière (ordonnance du 2 février 1945), qui se sont concrétisés dans la création de nouveaux Tribunaux et de nouveaux Juges d'enfants, dans la substitution de mesures protectrices et éducatives aux mesures répressives et dans la prescription d'études médico-psychologique et sociale de chaque cas.

Le mineur de moins de 13 ans ne peut être l'objet d'une condamnation pénale.

Le mineur de 13 à 18 ans bénéficie lui aussi d'une présomption d'irresponsabilité pénale motivant la mise en œuvre de mesures éducatives et ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'une pénalité répressive est prononcée à son encontre.

Si l'âge limite de la protection des mineurs délinquants reste fixé à 18 ans, il paraît vraisemblable que la majorité pénale soit élevée dans l'avenir à 21 ans ⁽¹⁾.

Ainsi, le fait pénal de l'enfant a-t-il perdu de son importance aux regards de la loi qui confie au Magistrat la mission essentielle de la rééducation et du reclassement social du sujet, à la lumière des examens et des études permettant la connaissance approfondie et l'appréciation de sa personnalité.

Une semblable mission ne peut être remplie, de tels objectifs ne peuvent être atteints, qu'au prix d'une organisation technique appropriée.

DEPISTAGE

C'est par les Services de Police que bien souvent sera découvert et appréhendé le jeune délinquant qui peut être, soit pris sur le fait, soit dénoncé par les personnes qui ont été l'objet de l'infraction.

L'attention des Services départementaux de la Population sera fréquemment aussi attirée sur des mineurs dévoyés ou en danger.

Depuis le développement des Dispensaires et Consultations d'Hygiène Mentale, d'assez nombreux enfants sont conduits à ces organismes par leur famille ou y sont adressés sur l'instigation des maîtres d'école, des employeurs, des services sociaux.

Il entre dans les attributions de tous les Services Sociaux, conscients de leur mission et de leur rôle, de collaborer au dépistage du prédélinquant et de l'enfant prédisposé à la délinquance.

Un rôle de premier plan incombe aux Services Sociaux spécialisés dans les enquêtes portant sur l'étude sociale de l'Enfance en danger.

Ces Services, communément appelés « *Services Sociaux près des Tribunaux* », ne relèvent qu'indirectement de l'Administration judiciaire ; ils sont en fait actuellement gérés, sur l'ensemble du territoire, par les *Associations Régionales pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence*.

Ces services sociaux sont un des éléments fondamentaux de l'assistance à l'Enfance en danger.

(1) Maurice LEVADE, *Majorité civile et pénale devant la loi*. Rééducation, Mars-Avril 1950.

Leur mission s'exerce avec ou sans mandat de l'Autorité Judiciaire.

Ils sont chargés par cette Autorité :

- des enquêtes prescrites par l'ordonnance du 2 février 1945 (Enfance délinquante),

- des enquêtes sur les paradélinquants (ordonnance du 30 octobre 1935),

- des enquêtes consécutives aux demandes de correction paternelle (décret du 30 octobre 1935 et ordonnance du 1^{er} septembre 1945),

- des enquêtes en vue de la mesure de déchéance paternelle,

- éventuellement, des enquêtes permettant d'assurer la protection des enfants de divorcés (ordonnance du 12 avril 1945).

Ces services sont en outre l'objet de demandes d'enquêtes émanant de sources diverses, qui ont pour but de permettre de préciser dans quelle mesure il est opportun ou nécessaire de provoquer l'intervention judiciaire.

Dans tous les cas, les Services Sociaux près des Tribunaux sont appelés à contribuer efficacement à la protection de l'Enfance en danger, en s'efforçant de déterminer les solutions pratiques et en les proposant, s'il y a lieu, à l'Autorité Judiciaire, en participant à l'application de ces solutions et à l'exécution des décisions de l'Autorité qui les a prescrites.

De tels services doivent être prévus partout où il existe un Tribunal pour enfants.

Lorsque les Tribunaux pour enfants seront devenus effectivement des organismes à ressort départemental, ce qui paraît pouvoir être considéré comme imminent, l'organisation départementale des Services Sociaux près des Tribunaux n'aura qu'à se réaliser parallèlement.

Il existe actuellement dans la Région de Clermont-Ferrand un *Service Social près des Tribunaux* dans chaque département.

Le Service Social du Puy-de-Dôme comporte 7 Assistantes sociales, dont l'Assistante Sociale-Chef Régionale. Ce service, géré par l'Association Sauvegarde, doit son importance à la contribution de la Caisse des Allocations Familiales du Puy-de-Dôme qui a pris à sa charge la rémunération du personnel.

Dans les autres départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Lozère), le Service Social près le Tribunal, également géré par les Comités de Sauvegarde, ne comporte encore qu'une seule Assistante Sociale.

Dans tous ces départements, la contribution des Caisses d'Allocations Familiales permettra, selon toute vraisemblance, le développement adéquat de ces Services tel qu'il est prévu au plan d'Action Sanitaire et Sociale.

ACCUEIL et OBSERVATION

Un des grands mérites de la nouvelle législation est d'avoir rendu pratiquement obligatoire l'étude médico-psychologique approfondie de tout mineur soumis à la juridiction des tribunaux pour enfants.

Grâce aux activités de dépistage, cette étude, qui comporte des examens soigneux et, fréquemment, une observation prolongée, aura souvent été faite avant l'intervention de l'Autorité Judiciaire, dans le cadre des divers organismes préposés à ces activités spécialisées (Dispensaires d'Hygiène Mentale, Services divers d'observation médico-psychologique).

La solution aura été préparée de longue main, permettant au juge d'enfants de prendre une décision rapide.

Il pourra en être de même pour les mineurs prévenus, lorsque le magistrat compétent, s'appuyant sur avis médical qualifié, aura jugé opportun de laisser les intéressés en liberté.

Dans tous les autres cas, l'observation sera poursuivie dans le cadre des centres spéciaux dont la création a été prévue et organisée pour ces sujets en dehors des maisons d'arrêt.

Partant du fait que l'incarcération du jeune prévenu deviendrait exceptionnelle, la Chancellerie, par circulaire du 22 septembre 1942, avait déjà demandé à l'initiative privée de créer, avec l'appui des subventions de l'Etat, un Centre d'Accueil à côté de chaque tribunal pour enfants.

Ces Centres d'Accueil, conçus à l'origine pour n'être que des Centres d'hébergement distincts des locaux pénitentiaires, ont vu le jour avec une rapidité remarquable, puisque leur réalisation s'était déjà généralisée lors de la promulgation de l'ordonnance du 2 février 1945.

Poursuivant son effort, le Ministère de la Justice préconisa l'organisation de Centres d'Observation régionaux dont la conception, réglémentée par l'arrêté du 25 octobre 1945, témoigne d'un souci particulier de l'étude médico-psychologique approfondie de la personnalité du jeune délinquant ⁽¹⁾.

En dépit de ce grand mérite, l'organisme prévu par l'arrêté du 25 octobre 1945 apparaît comme beaucoup trop lourd et beaucoup trop complexe pour être pratique et rapidement réalisable. On peut dire, avec le recul que donne l'expérience de plusieurs années, qu'il est d'une ampleur disproportionnée et pêche vraiment par excès.

Le Centre d'Observation n'est, en fait, qu'un lieu de passage

(1) Cf. Arrêté du 25 octobre 1945 — *J.O.* du 28 octobre 1945.

où se préparent, dans une atmosphère éducative et appropriée à l'âge et aux intérêts pédagogiques et professionnels du jeune, les décisions judiciaires. Il n'est pas rationnel de leur donner la forme d'une institution d'éducation surveillée ; il n'est pas pratique non plus d'en faire un organisme régional à caractère centralisateur.

La solution la plus adéquate, la plus souple, la plus séduisante au point de vue pratique, c'est le *Centre départemental* situé à côté du Tribunal départemental et du Service Social qui lui est déjà attaché.

Pour la réaliser, il suffit d'adapter les Centres d'Accueil aux nécessités techniques de l'observation.

L'objection la plus pertinente qui pourrait être faite à ce programme c'est que de tels Centres seront, la plupart du temps, de capacité trop faible pour permettre une gestion aisée.

Il faut prévoir, en effet, deux Centres d'Accueil et d'Observation par département, l'un pour filles, l'autre pour garçons, et la capacité utile de ces Centres n'excédera pas, en général, dix à quinze lits.

A cette difficulté matérielle, il est possible de faire face de deux façons :

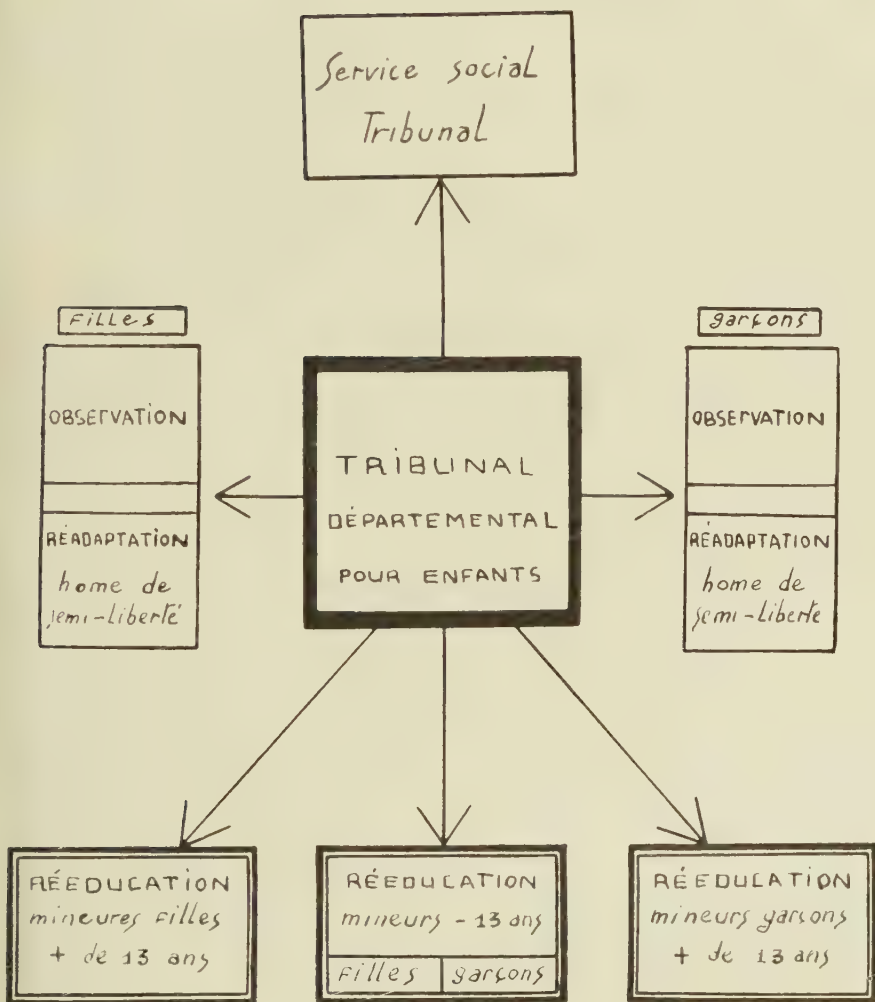
— la première, en rattachant ces Centres à d'autres organismes spécialisés tels que les établissements de rééducation lorsqu'ils existent, ou à défaut en confiant leur gestion à des établissements hospitaliers ou à de grandes administrations ;

— la seconde, *en étendant la mission de ces Centres à la Réadaptation*. La possibilité de conserver certains sujets au delà du temps nécessaire à l'observation est de nature à accroître les moyens matériels du Centre. Elle est, par surcroît, une mesure hautement désirable au point de vue technique parce que susceptible de conférer à l'action éducative du juge une souplesse de grand intérêt.

Nombreux sont les cas qui apparaissent susceptibles d'une tentative de réadaptation rapide, d'un essai de liberté surveillée pratiquée sur place dans de bonnes conditions, sous la surveillance directe du personnel technique et du personnel social du Tribunal responsable :

Ces diverses considérations ont retenu l'attention de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, qui a adopté le principe de la création, dans chaque département, d'un *Centre d'Accueil, d'Observation et de Réadaptation* des mineurs de Justice, en réservant aux Centres du Chef-lieu de la Région Sanitaire la faculté de recevoir, de tous les départements de la Région, les cas les plus difficiles ou ceux

ENFANCE INADAPTÉE



organismes départementaux —
organismes régionaux ==

qui pourraient bénéficier de l'équipement technique particulièrement poussé de ces derniers Centres.

Tous les départements de la Région, à l'exception de la Lozère, possèdent actuellement un Centre d'Accueil pour mineurs de sexe féminin.

Ces Centres ou Services d'Accueil fonctionnent tous dans le cadre d'établissements déjà spécialisés dans la rééducation des mineurs difficiles ou dans l'assistance à l'Enfance abandonnée.

Ce sont :

- pour le Puy-de-Dôme, le « Refuge » à Clermont-Ferrand.
- pour l'Allier, le « Bon Pasteur » de Moulins.
- pour le Cantal, le « Bon Pasteur » d'Aurillac.
- pour la Haute-Loire, le « Bon Pasteur » du Puy.

Le plan prévoit l'adaptation de ces Services aux fins d'observation et de réadaptation ainsi que la création d'un organisme du même type à Mende pour la Lozère.

Pour les mineurs de sexe masculin, seuls le Puy-de-Dôme et la Haute-Loire possèdent déjà des Centres d'Accueil. Il s'agit, pour le Puy-de-Dôme, du Centre de l'« Oclède » à Royat, créé et géré par l'Association de Sauvegarde, dont la capacité maxima est de 25 lits ; pour la Haute-Loire, du Service d'Accueil de l'Etablissement de rééducation des « Deux Rocs » au Puy.

Le plan prévoit l'adaptation technique de ces deux Centres aux fins d'observation et de réadaptation ainsi que la création d'organismes du même type, d'une capacité moyenne de 25 à 30 lits, à Moulins, pour l'Allier, à Aurillac pour le Cantal et à Mende pour la Lozère.

La réorganisation des Centres de Clermont-Ferrand, dans leur cadre actuel ou dans un autre cadre, est également prévue pour augmenter leur capacité qui sera portée à 40 lits pour les garçons et à 30 lits pour les filles afin de permettre l'admission des sujets en provenance des divers départements de la Région dont l'état pourrait nécessiter des examens particuliers.

L'équipement des Centres situés au Chef-lieu de la Région Sanitaire comportera, en outre, un Service de Cure Médico-Psychologique, pour les cas relevant d'un traitement susceptible d'être appliqué dans un délai assez bref.

LA CURE

La variété des cas de délinquance infantile ou juvénile impose à l'orientation thérapeutique des directives variées qu'il n'est pas inutile de souligner. Certains sujets devront être soumis à des traitements médicaux et orientés en conséquence.

Chez d'autres, le facteur antisocial s'effacera devant l'importance de la déficience ou celle des facteurs occasionnels. Il est évident que de telles éventualités imposent à la cure des directives différentes qui ne sauraient s'accommoder d'une stricte rigidité.

Ces réserves faites, on conviendra que la plupart des jeunes inadaptés devront être soumis à des mesures spéciales de rééducation et de réadaptation sociale.

Nous avons indiqué que dans des cas soigneusement déterminés il pourrait être avantageux de réinsérer rapidement le sujet dans la vie sociale et de lui appliquer en somme, sans retard, les effets véritablement thérapeutiques d'une réadaptation professionnelle et sociale contrôlée et surveillée.

Dans de nombreux cas, cependant, le sujet ne pourra être remis, avec chances de succès, dans le milieu social, qu'après avoir été soumis pendant un temps assez long à l'action rééducative d'un Institut spécialisé.

Beaucoup de ces Instituts, que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de *Centres de Rééducation*, sont nouveaux, et ceux qui ne le sont pas se sont, la plupart du temps, renouvelés dans leur esprit, dans leurs méthodes, dans leur efficacité.

Il serait exagéré d'avancer qu'une doctrine rééducative précise et bien au point inspire l'ardeur de nos jeunes équipes d'éducateurs. Mais leur foi, leur élan, leur générosité utilisent partout des formules heureuses et tirent parti des ressources offertes par l'éducation nouvelle, les méthodes actives de la pédagogie spéciale, les méthodes perfectionnées de l'enseignement technique.

Le Centre de Rééducation est devenu aujourd'hui un organisme spécialisé dans cette tâche essentielle de la formation caractérielle et sociale de la resocialisation des jeunes inadaptés. Ces Centres qui, selon la terminologie juridique, fonctionnent en *régime ouvert*, correspondent aux « *internats appropriés* », prévus par le Ministère de la Justice.

Relevant parfois de l'Education Nationale, souvent d'administrations privées, les Centres de Rééducation, tout en gardant leur atmosphère éducative et pédagogique prédominante, tireraient grand avantage à être dotés d'un service médico-psychologique, car c'est sur l'action conjuguée des techniques médico-psychologiques et rééducatives que peuvent se fonder, semble-t-il, les meilleures perspectives d'avenir.

S'il est permis d'inscrire à l'actif de ces efforts combinés le recul des limites de « l'inéducabilité », il faut reconnaître cependant la persistance d'un petit groupe de sujets qui, non seulement échappent à ces actions, mais risquent, par leur présence dans la collectivité scolaire, de compromettre leur portée et leur efficacité.

La présence de tels sujets ne peut être tolérée sans danger dans les Centres de Rééducation. Pour eux doivent persister quelques établissements fonctionnant, *en régime fermé*, dans le cadre des *Institutions d'Education Surveillée de l'Etat*.

Dans la pratique courante, les établissements de rééducation représentent donc le type essentiel d'organisme de Cure spécialisée.

Leur organisation peut être envisagée à l'échelon *interdépartemental*, en raison du nombre relativement faible de sujets à leur confier.

L'adolescence étant par excellence l'âge de la délinquance, il convient de disposer tout d'abord, pour chaque sexe, d'un établissement destiné à la rééducation *des mineurs d'âge postscolaire*.

La capacité utile de ces Centres ne peut être dictée que par les statistiques régionales. Il paraît désirable qu'elle soit en moyenne de 100 lits.

La rééducation *du mineur inadapté d'âge scolaire* ne se pose ni avec la même ampleur, ni avec la même acuité. A de rares exceptions près, la rééducation de tels enfants peut être entreprise et menée à bien dans des établissements à recrutement élargi, étendu à toute l'enfance difficile. De tels établissements se réaliseront avantageusement, eux aussi, à l'échelon régional, leur capacité utile apparaissant comme étant, pour chaque sexe, de l'ordre de 80 à 100 lits en moyenne.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède, pour les mineurs de sexe féminin d'âge postscolaire, trois établissements privés :

Les « Bons Pasteurs » de Moulins, du Puy et d'Aurillac qui offrent respectivement une capacité de 190 lits, de 150 lits et de 25 lits, représentant un ensemble de plus de 350 lits, très largement supérieur aux besoins.

Pour les mineurs de sexe masculin, d'âge postscolaire, l'établissement des « Deux Rocs » au Puy, remplira, lorsque sa réorganisation en cours sera terminée, le rôle d'établissement régional de Rééducation. Cet établissement privé est contrôlé par l'Association Régionale de Sauvegarde.

Le plan d'équipement a prévu, comme réalisation de première urgence, la création de 2 Centres Régionaux (filles et garçons) pour les mineurs difficiles et inadaptés d'âge scolaire.

Les projets actuellement à l'étude permettent d'escompter l'ouverture prochaine d'un Centre de Rééducation d'une cinquantaine de lits pour les sujets de sexe masculin.

La section des filles qui pourrait être ouverte dans le même

Centre, ou donner lieu plus vraisemblablement à une nouvelle création, apparaît, à l'heure actuelle, comme une réalisation plus éloignée.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand ne possède pas d'établissement de rééducation fonctionnant sous le régime des établissements fermés et rattachés à l'administration pénitentiaire. Les sujets, à la vérité peu nombreux, qui ne pourraient être admis ou gardés dans les « Centres de Rééducation », devront être, dans l'avenir comme par le passé, placés dans un des rares établissements que contrôle l'Etat sur le territoire national.

LA READAPTATION

L'objectif plus ou moins rapproché de toutes les activités déployées en faveur des jeunes inadaptés est leur Réadaptation Sociale.

Cette Réadaptation est à la fois le fruit de la compréhension et de l'acceptation, par le jeune, des normes de la vie sociale, et d'une réinsertion satisfaisante.

Il suffit parfois d'une bonne réinsertion professionnelle et sociale pour permettre la resocialisation, d'où la possibilité de tentatives précoces, dans les cas favorables, de reclassement dans le milieu social.

Lorsque la réussite est également tributaire d'une évolution ou d'un redressement de la mentalité et de la personnalité du jeune, la réinsertion doit être préparée par la rééducation qui sera toujours complétée par une aussi bonne formation professionnelle et sociale que possible.

Il y a des défenseurs de la remise précoce systématique dans le milieu social qui estiment que la meilleure école de vie est la vie elle-même et que la meilleure méthode de réadaptation est la tentative de réadaptation directe inlassablement répétée.

Pour paradoxales qu'elles puissent paraître, ces vues ne sont pas irrationnelles, elles sont même séduisantes pour qui connaît la valeur formatrice de l'initiative, de l'expérience acquise et de l'échec compris et réparé.

Cette tendance, assez répandue dans le milieu éducatif et affirmée, avec éclat, par des éducateurs avertis ⁽¹⁾, doit être retenue et prise en considération.

(1) F. DELIGNY, *1 maison pour 80 ou 8 maisons pour 1 ?*. Enfance, Novembre 1949.

A la lumière de son enseignement les Centres de Rééducation ne devront jamais perdre de vue que tous leurs efforts doivent tendre à *préparer* l'épreuve du retour dans la vie sociale et que leur souci doit être d'en hâter, autant que faire se peut, la réalisation.

Il paraît hautement souhaitable à cet effet que tous les Centres de Rééducation s'enrichissent d'une branche réadaptation matérialisée par un service adéquat et que soit poursuivie d'autre part une organisation méthodique de cette réadaptation, susceptible d'offrir le maximum de garanties désirables.

Les modalités les plus usuelles de cette organisation se réclament de la remise en liberté progressive et du système belge de la probation, qui tend à exiger du sujet qu'il fasse la *preuve* de son amendement.

Le régime juridique de la *liberté surveillée* se prête sous ce rapport à des adaptations nombreuses susceptibles d'être utilisées avec fruits.

Le *Home de semi-liberté* est de toutes les formules celle qui permet à l'éducateur de conserver sur ses élèves le maximum d'action et de contrôle.

Les jeunes qui sont tenus de résider dans ces Organismes continuent à bénéficier de l'encadrement éducatif, tout en exerçant au dehors une activité professionnelle conforme à leurs aptitudes.

Dans la gamme des mesures de réadaptation, cette formule est celle qui offre le maximum de garanties. Elle convient aux premières tentatives de remise au travail et de réintroduction dans le milieu social.

Le *Home de semi-liberté* est un organisme léger qui peut fonctionner en annexe d'un établissement de rééducation ou d'un Centre d'Observation, qui peut être aussi indépendant de ces Centres, organisé par exemple dans le cadre d'une grande entreprise agricole ou industrielle.

Le *placement familial surveillé* représente une forme de réinsertion sociale déjà plus avancée. L'encadrement est plus lâche et la liberté d'évolution du sujet plus grande. Sa participation à la vie sociale se rapproche sensiblement des conditions normales.

En dehors de ces deux formes les plus courantes, il est possible de concevoir et de réaliser d'autres modalités d'application du régime de la liberté surveillée et diverses autres formes de tentative de réadaptation sociale. Tous les foyers, patronages, offices de placement et d'entraide, que réalise l'initiative privée, peuvent contribuer efficacement à la réadaptation sociale des jeunes inadaptés, de même que les actions individuelles de toutes les per-

sonnes dont le dévouement est mis à contribution par les Services de la liberté surveillée.

La Région du Centre apporte depuis des années une contribution importante à la réadaptation sociale des jeunes inadaptés. De nombreux placements familiaux, le plus souvent saisonniers, s'effectuent traditionnellement en Auvergne, dans le Velay, en Lozère.

« L'Œuvre des Petits Bergers d'Auvergne » dont le siège social était au Puy, a représenté pendant des années l'initiative régionale la plus importante en la matière. Elle constitue aujourd'hui la branche réadaptation de l'établissement de rééducation des « Deux Rocs » au Puy.

Tous les autres organismes de réadaptation sont pour l'heure à l'état de projet. Il est prévu deux homes de semi-liberté par département, un pour filles et un pour garçons. Ces organismes devant fonctionner en annexes des Centres d'observation et en liaison avec eux.

CHAPITRE IV

Les déficients sensoriels

Le terme de déficients sensoriels désigne les sujets présentant une infirmité grave de l'un des deux appareils sensoriels essentiels à la vie intellectuelle et à la vie de relation avec le milieu physique et social, c'est-à-dire l'ouïe et la vue.

L'évolution de l'assistance aux déficients sensoriels a fait un pas décisif lorsqu'ont pu être substitués aux mesures d'entraide charitable qui ont marqué ses débuts, des essais de rééducation, prélude à l'utilisation systématique de méthodes absolument remarquables telles que la lecture sur les lèvres pour la démutisation des sourds-muets, l'enseignement de la lecture et de l'écriture en relief à l'aide du génial alphabet de Louis Braille pour les aveugles.

Ces méthodes, à n'en pas douter, ont constitué une véritable révolution de l'assistance aux déficients sensoriels, et leur utilisation est parvenue aujourd'hui à un degré d'efficacité qui a incontestablement transformé la vie de ces sujets.

Il reste, pour parachever cette évolution, et c'est là le souci de la période contemporaine, à mettre au point tout un système de protection professionnelle et sociale des déficients sensoriels et à les faire bénéficier parallèlement des progrès de la médecine psychologique qui trouve ici un champ d'action justifié pour ses interventions. Si le déficient sensoriel n'est pas d'ordinaire un déficient mental, la coexistence des deux déficits peut exister. Mais surtout l'évolution psychologique du sujet est presque toujours affectée par l'incidence de la déficience sensorielle méritant une attention et des soins particuliers. Enfin, l'adaptation et la réadaptation sociale des déficients sensoriels se présentent, elles aussi,

comme un problème d'Hygiène Mentale en même temps qu'elles appellent des mesures d'entraide et d'encadrement social.

Les déficiences sensorielles graves, qu'il s'agisse de surdité ou de cécité ou de diminution importante des acuités auditives ou visuelles, peuvent survenir à tous les âges de la vie et sont certainement plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant. A tous les âges, elles peuvent poser des problèmes d'adaptation qui intéressent l'Hygiène Mentale. Nous les envisagerons cependant ici uniquement chez l'enfant, parce que c'est chez lui qu'elles posent les problèmes d'évolution, de formation et d'adaptation les plus complexes et que c'est également en sa faveur qu'il est possible d'exercer avec le plus d'efficacité l'action éducative lente et prolongée que ces infirmités nécessitent.

Le Sourd est un sujet dont l'audition est totalement absente ou réduite à quelques îlots.

A côté de l'enfant sourd, il faut distinguer celui qui est atteint d'hypoacousie marquée, faisant de lui un *demi-entendant*.

La surdité précoce survenant avant l'âge de six ans entraîne la mutité, créant la catégorie particulièrement intéressante des enfants *sourds-muets*.

Aux termes du décret du 28 juin 1949, du Ministère des Anciens Combattants et Victimes de la guerre :

« 1° Sont atteints de cécité complète les sujets dont la vision est abolie totalement au sens absolu du mot, avec abolition du réflexe lumineux.

» 2° Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou *cécité pratique* : a) Ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à un vingtième d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à un vingtième, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels ; b) ceux qui, gardant pour l'œil le meilleur une acuité au plus égale à deux dixièmes, présentent en même temps une altération du champ visuel des deux côtés telle que celui-ci n'excède pas dix degrés dans le secteur le plus étendu. »

A côté de l'enfant aveugle, une place doit être faite au *demi-voyant*, qui conserve en permanence une acuité visuelle partielle mais très insuffisante.

DEPISTAGE et PREVENTION

Qu'elles relèvent de facteurs congénitaux ou acquis, la cécité et la surdité reconnaissent toujours des causes organiques qui nécessitent l'intervention médicale spécialisée. Mesures prophylactiques, traitements médicaux ou chirurgicaux, appareillages

correcteurs, diminuent chaque jour le nombre de ces infirmités, ou parviennent à en atténuer la gravité.

Il convient de noter toutefois pour la surdité le rôle favorisant de l'hérédité et l'utilité des prescriptions de l'eugénique dans les familles de sourds.

Le dépistage précoce de la cécité et de la surdité chez l'enfant n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le penser. Il n'est pas rare de voir des familles ignorer le caractère précis de l'infirmité de leur enfant même au delà de deux ou trois ans. Pour la surdité surtout, l'évidence ne paraît pas s'imposer lorsque persistent certains ilots d'audition qui entretiennent l'illusion dans les esprits. Dans l'éventualité d'une surdité survenant ou s'aggravant lorsque l'enfant a déjà commencé à parler, c'est la plupart du temps l'arrêt du langage qui frappe les familles beaucoup plus que le déficit sensoriel intervenu. En faveur de ce dépistage précoce, une information plus approfondie s'impose non seulement auprès du public, mais particulièrement auprès des techniciens des professions médicales et para-médicales (telles que infirmières, sages-femmes, assistantes sociales et médico-sociales).

Le dépistage des demi-voyants et des demi-entendants sera plus difficile encore à assurer de façon précoce, et c'est parfois à l'école seulement qu'il deviendra effectif. L'Inspection médicale scolaire est appelée à rendre, sous ce rapport comme sous tant d'autres, de précieux services, surtout pour l'examen systématique de la vue, qui se prête mieux que l'audition à des investigations faciles et suffisantes. Un certain nombre d'hypoacusies de l'enfant sont encore dépistées dans les consultations d'Hygiène Mentale où les sujets sont conduits pour des retards de développement psychique qu'un examen systématique de l'audition permet de rapporter à ces insuffisances sensorielles. Il serait souhaitable que des examens systématiques de la vue et de l'audition soient pratiqués dans les écoles maternelles, cette mesure apparaissant comme une des plus susceptibles d'assurer de bonne heure à l'enfant la correction de son déficit et, éventuellement, l'orientation la plus adéquate. Le dépistage systématique et précoce des déficients sensoriels partiels est à beaucoup d'égards aussi important que celui des déficients complets, en raison des difficultés de développement psychique qu'occasionnent ces insuffisances et de la possibilité fréquente d'y remédier.

REEDUCATION

Le nombre des déficients sensoriels partiels ne paraît pas suffisant pour permettre l'ouverture d'externats spécialement conçus à leur usage. Ce n'est que dans les très grands centres, à Paris par

exemple, qu'ont pu être réalisées des classes pour amblyopes ou autres déficients partiels. Dans la règle, ces sujets peuvent, sous certaines précautions et sous réserve de la surveillance médico-psychologique de leur développement, participer utilement aux activités scolaires normales. Ce n'est qu'à l'âge de l'apprentissage que se pose impérieusement, pour eux, l'orientation vers des instituts spécialisés. Lorsque leur déficience se montre trop accusée pour leur permettre la fréquentation des établissements scolaires normaux, leur admission dans des classes à leur usage ouvertes dans les instituts spécialisés s'imposera dès l'âge scolaire.

En raison de la technicité que la rééducation des déficiences sensorielles doit mettre en œuvre et en raison, d'autre part, du nombre restreint des sujets qui en relèvent ⁽¹⁾ ainsi que de leur dispersion territoriale, l'institut spécialisé fonctionnant comme internat paraît être la forme d'établissement la mieux adaptée. Il existe des instituts mixtes recevant à la fois des aveugles et des sourds-muets des deux sexes, mais la forme d'établissement la plus fréquente est celle qui est spécialisée dans la rééducation de l'une ou l'autre catégorie de déficients de l'un ou l'autre sexe. Dans sa circulaire du 22 août 1947, relative aux conditions d'agrément des établissements privés d'enseignement aux aveugles et aux sourds-muets, le Ministre de la Santé Publique a fixé à quarante élèves l'effectif minimum exigible, indiquant par là l'intérêt qui s'attache à la réduction du nombre des établissements spécialisés et à une certaine centralisation de l'enseignement aux déficients sensoriels. C'est vers la formule de l'*institut régional* que conduisent ces dispositions administratives récentes.

La rééducation des déficients sensoriels est une œuvre de longue haleine à laquelle on peut distinguer une phase préscolaire, une phase d'enseignement scolaire et une phase d'enseignement professionnel. Il paraît désirable que les trois phases de cette rééducation se déroulent dans un même établissement.

La phase préscolaire est encore plus un desiderata qu'une réalité : peu d'instituts acceptent de prendre en charge des sujets de moins de six ans, n'étant pas équipés pour leur offrir l'équivalent des jardins d'enfants ou des classes maternelles. Cette lacune est fâcheuse car il est rare que le déficient sensoriel puisse trouver dans l'atmosphère familiale, lorsqu'il est encore très jeune, toute la compréhension qui serait nécessaire à son développement initial, que ce soit d'ailleurs par manque ou par excès de précautions prises à son égard — le jeune aveugle notamment trouve souvent grand béné-

(1) De l'étude de diverses statistiques il résulte que le nombre des enfants aveugles est sensiblement voisin de celui des enfants sourds-muets. Il est de l'ordre de vingt pour cent mille enfants de moins de douze ans.

fice à être admis dès l'âge de trois ou quatre ans dans un institut spécialisé. Quant au sourd-muet, que l'on reçoit d'ordinaire à l'âge de six ans, la phase préscolaire est pour lui indispensable puisqu'elle correspond à la démutisation et à l'apprentissage du langage qui demandent en général deux ou trois ans. L'adaptation des instituts spécialisés à la prise en charge des enfants très jeunes serait de nature à constituer un avantage appréciable pour le développement des déficients sensoriels.

La phase scolaire répond à l'âge scolaire normal. Pour l'enfant aveugle, qui présente sur le sourd l'énorme avantage du langage, l'enseignement scolaire peut se dérouler de façon sensiblement normale quant au programme des matières. La grande particularité est ici la substitution de l'alphabet et des documents en relief à l'alphabet et aux documents scolaires courants. L'enseignement de l'écriture et de la lecture en Braille n'est pas beaucoup plus difficile et long que l'enseignement des disciplines correspondantes aux voyants. Beaucoup de jeunes aveugles peuvent accomplir une scolarité tout à fait suffisante et recevoir même dans bien des cas une formation secondaire ou supérieure. Dans l'enseignement scolaire des aveugles, une place est toujours faite à la musique lorsque le sujet, ce qui est loin d'être constant, manifeste quelque goût pour cet art.

Parallèlement à sa formation scolaire le jeune aveugle doit recevoir l'éducation correspondant à son âge, dans laquelle un soin particulier sera apporté pour lui apprendre à se servir lui-même dans toute la mesure de ses possibilités.

La scolarité du *sourd-muet*, qui est seule ici envisagée, est infiniment plus malaisée. A la phase préscolaire de démutisation ou d'apprentissage de la parole fait suite la phase complémentaire d'enseignement de la langue usuelle, de sa compréhension par la lecture sur les lèvres et de son usage. Cette phase d'enseignement du langage usuel et de sa compréhension par la lecture sur les lèvres nécessite également deux à trois ans avant que puisse commencer réellement l'enseignement scolaire proprement dit ; dans la règle, c'est donc entre onze et quatorze ans que le sourd-muet deviendra apte à recevoir la formation scolaire toujours un peu rudimentaire qui peut lui être dispensée.

L'éducation du sourd-muet sera plus difficile à nuancer que celle de l'aveugle. Une place importante pourra être faite au développement de ses aptitudes visuelles et psycho-motrices qui sont d'ordinaire chez lui des ressources précieuses.

La phase d'enseignement professionnel termine le cycle de la rééducation des déficients sensoriels.

En dehors de l'apprentissage d'un métier défini, mais parallèlement à lui, il conviendra toujours de procéder à la formation

pratique de ces sujets quelle que soit leur infirmité : activités de bricolage pour les garçons, enseignement ménager pour les filles.

L'enseignement professionnel des déficients sensoriels se présente aujourd'hui avec un relief tout à fait nouveau, étant donné la tendance très souhaitable à leur plus large utilisation sociale.

Traditionnellement, les professions essentielles de l'aveugle étaient celles d'organiste, d'accordeur de piano, de réparateur d'instruments de musique. Pour ceux qui n'avaient pas le sens musical, le métier de masseur offrait des possibilités supérieures aux activités artisanales variées mais plus modestes telles que cannage, rempaillage, travail du rotin, fabrication des brosses et des balais. Pour les femmes qui ne pouvaient être professeur de musique la grande ressource était le tricot à la main ou à la machine.

Ces dernières années ont vu renouveler la gamme des activités professionnelles recommandées aux aveugles. C'est ainsi que l'Institut spécialisé de Londres a pu évaluer à une centaine les emplois susceptibles d'être préconisés pour les aveugles dans les entreprises industrielles modernes.

En France, le décret du 30 janvier 1950 a prévu, dans son titre III, la possibilité pour l'aveugle âgé de plus de quinze ans d'être soumis, sur sa demande, à un examen médical et psychotechnique susceptible de déterminer ses aptitudes à être préparé à occuper les emplois offerts par les services de la main-d'œuvre. Des examens d'aptitude à caractère obligatoire sont également prévus pour tout sujet prétendant aux bénéfices de la loi d'assistance du 2 août 1949. Ces mesures sont évidemment de nature à favoriser le reclassement professionnel des aveugles.

Les Instituts spécialisés dans la rééducation professionnelle devront tenir le plus grand compte dans l'avenir de ces possibilités nouvelles et s'adapter aux exigences pratiques qui en découlent.

Disgracié sur le plan de la formation scolaire, le sourd a, au contraire, sur le plan professionnel et manuel des possibilités plus grandes que l'aveugle. Il peut acquérir facilement les techniques des métiers usuels qui lui conviennent et devenir, grâce à ses capacités professionnelles, une valeur au point de vue du travail.

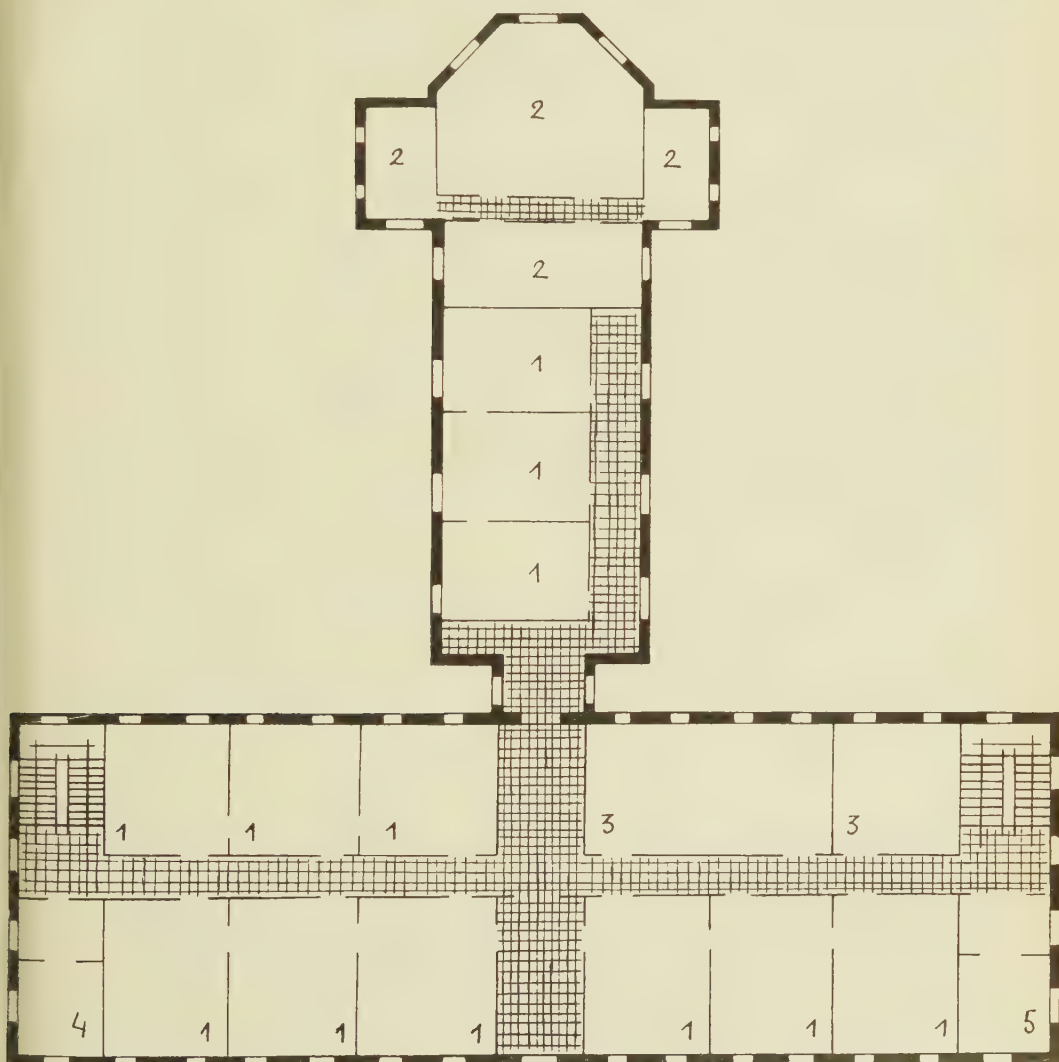
La gamme des métiers convenant aux sourds est très étendue : métiers d'art, sculpteur, décorateur, feronnier. Métiers usuels : travail du fer, du bois, du cuir. Tailleur, relieur, horticulteur, jardinier, typographe, etc... Pour les femmes : lingerie, broderie, coupe, couture, retouches photographiques, etc... En règle générale, le sourd peut exercer une activité utile dans toutes les branches où la vue, la dextérité manuelle importent avant tout.

Il faut souhaiter que les ateliers d'enseignement professionnel se multiplient dans les instituts d'enseignement spécialisé afin d'utiliser au mieux les aptitudes de leurs élèves qui sont souvent

ÉCOLE DÉPARTEMENTALE DES GRAVOUSES

PLAN DU REZ DE CHAUSSÉE

CLASSES ET ATELIERS



LEGENDE

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 - Classes | 3 - Service Médical |
| 2 - Ateliers | 4 - Directeur |
| | 5 - Economat |

susceptibles de devenir des ouvriers qualifiés et de voir sanctionner leurs capacités par un certificat d'aptitude professionnelle.

Les résultats obtenus de nos jours par les instituts spécialisés dans la rééducation des déficients sensoriels sont à la fois très appréciables et hautement méritoires. Ils exigent de la part des maîtres, non seulement une grande somme de patience et de dévouement, mais une technicité très particulière qui nécessite une formation générale et spéciale approfondie. Cette formation est désormais sanctionnée par le certificat d'aptitude à l'enseignement des aveugles et des sourds, institué par l'arrêté ministériel du 23 avril 1946.

Les instituts pour déficients sensoriels sont essentiellement des instituts d'enseignement, mais des instituts d'enseignement spécial à caractère sanitaire : on pourrait donc se demander s'il n'y aurait pas pour eux des avantages à être considérés comme des établissements de caractère sanitaire avec toutes les conséquences qui pourraient en découler au point de vue du financement des prix de journée. Quoi qu'il en soit, il apparaîtra de plus en plus désirable qu'une surveillance médico-psychologique du développement de ces sujets soit organisée de façon systématique dans ces établissements au même titre que dans les autres établissements scolaires, qui sont consacrés à l'éducation ou à la rééducation des enfants qui présentent des troubles du développement psychique ou qui sont affectés d'infirmités susceptibles de retentir sur leur développement.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède deux Instituts spécialisés pour la rééducation et l'enseignement professionnel des jeunes aveugles :

L'Institut des Charmettes à Yzeure (Allier) d'une capacité de 60 lits et l'Institut des Jeunes Aveugles de Clermont-Ferrand, d'une capacité de 120 lits.

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale a envisagé de conférer à ce dernier établissement un caractère régional lorsque les constructions en projet auront été réalisées.

La Rééducation et l'Enseignement professionnel des sourds-muets sont assurés par l'Ecole Départementale des Gravouses à Clermont-Ferrand qui est appelée également à fonctionner comme Centre Régional, lorsqu'il aura pu être procédé à quelques aménagements nécessaires.

Les ressources offertes par cet Etablissement spécialisé qui fonctionne également comme internat de Perfectionnement a permis d'envisager l'organisation, dans son enceinte, d'une Ecole de Stage pour le personnel enseignant qui désire se préparer à l'exercice de la pédagogie spéciale et rééducative.

ADAPTATION PROFESSIONNELLE et SOCIALE

Les soins apportés à la rééducation des déficients sensoriels tendent à permettre dans le plus grand nombre de cas possible leur reclassement professionnel.

L'établissement de toute une gamme d'activités possibles et la détermination par les services locaux de la main-d'œuvre d'une liste *d'emplois réservés* aux aveugles rééduqués ouvrira des perspectives étendues aux jeunes aveugles lorsque aura été promulguée la loi actuellement en projet sur le reclassement professionnel des valeurs humaines réduites en général.

Lorsque l'aveugle ne pourra pas parvenir à ce degré de reclassement professionnel, il pourra encore trouver dans le travail à domicile ou le travail artisanal des débouchés et des ressources, l'écoulement des objets divers fabriqués dans ces conditions et sous le contrôle des Associations d'Aveugles et en particulier celui des objets de broserie étant garanti par les *achats prioritaires* des Administrations publiques.

L'aveugle moins favorisé encore peut être admis dans un *établissement d'assistance par le travail* où il sera assuré de la vie matérielle et de l'entretien en même temps que d'un salaire correspondant à 30 % du revenu de son travail. (Décret du 30 janvier 1950.)

Il est donc possible aujourd'hui de procurer une activité professionnelle à l'aveugle jeune rééduqué, l'éventualité de l'assistance pure et simple ne se posant plus que pour le jeune aveugle atteint de déficience supplémentaire ou pour les sujets âgés ou atteints de cécité tardive.

La vie matérielle de l'usager de la canne blanche est garantie par les dispositions législatives qui assurent sa protection sociale. Les diverses allocations (loi du 14 juillet 1905, 16 avril 1930, ord. du 3 juillet 1945) ou pensions (loi du 2 août et du 7 décembre 1950, décret du 30 janvier 1950) qui sont prévues à son sujet le mettent à l'abri du besoin en lui permettant de faire face aux exigences de la vie de chaque jour. Malgré tout, l'adaptation sociale du jeune aveugle reste souvent un problème plus difficile à résoudre que son reclassement professionnel. Si le mariage de l'homme est fréquent, celui de la femme est l'exception. Le mariage entre aveugles répugne aux intéressés eux-mêmes. En dépit de l'encadrement et du soutien moral que leur dispensent leurs Associations d'entraide, les aveugles en arrivent souvent à considérer la vie en établissement d'assistance qui les soulage des préoccupations matérielles comme la solution paresseuse mais la plus sûre.

Le problème de l'adaptation sociale de l'aveugle est bien en fait celui de son hygiène mentale auquel doit être apporté un soin particulier pour éveiller et entretenir en lui le désir de la participation sociale et pour en favoriser le développement.

On trouvera d'ordinaire de grands avantages sous ce rapport à organiser pour le jeune aveugle des *sections de scoutisme* qui l'amèneront de bonne heure à participer à des activités de groupe où il se trouvera mélangé avec des voyants de son âge et introduit ainsi dans la vie sociale active. Cette participation à la vie sociale active pourra le conduire plus tard à se constituer un foyer personnel ou à réaliser, à défaut de cette solution naturelle, un *petit foyer collectif* avec un ou deux de ses semblables, assuré contre les impedimenta de la vie quotidienne par la présence d'une personne de confiance.

C'est par de semblables mesures, complément nécessaire à celles qui assurent leur reclassement professionnel et leur protection sociale, que l'on s'emploiera le plus utilement en faveur de l'équilibre, de l'épanouissement social et du bonheur de l'aveugle.

Le reclassement professionnel du sourd-muet présente, comparativement à celui de l'aveugle, beaucoup moins de difficultés. Le sourd-muet rééduqué peut occuper de nombreux emplois à condition que ceux-ci n'exigent pas le contact avec le public et son rendement étant en général suffisant, le sourd-muet peut prétendre à un salaire normal. On l'utilisera avec avantage en équipes ou en ateliers, en compagnie de ses semblables et sous la direction d'un moniteur habitué à son infirmité.

Au point de vue social, le sourd éprouve une certaine difficulté à évoluer dans le monde des entendants ; son caractère, qui est plus incompris que désagréable, l'incite à rechercher avec prédilection le contact de ses frères en infirmité. Les mariages entre sourds sont très fréquents.

En dehors de son activité professionnelle qui est la partie essentielle de sa vie, le sourd est peu enclin à la participation sociale. Il a même une tendance particulière à s'enfermer dans son groupe et son association où il entretient une conception étriquée et égoïste du monde.

Un problème d'hygiène mentale se pose également pour lui. Le jeune sourd, comme le jeune aveugle, doit être appelé à participer aux *mouvements de jeunesse* et mélangé ainsi le plus possible aux enfants normaux de son âge. On aidera plus tard à l'épanouissement du sourd en l'engageant à collaborer aux activités des *associations sportives* et en l'appelant à se mettre en valeur dans ce domaine pour lequel il présente souvent de grandes aptitudes. Lorsque le sourd n'a pas réussi à organiser sa vie familiale, la

formule du *foyer collectif* sera pour lui également d'un grand prix, car l'isolement est ordinairement préjudiciable à son équilibre fragile.

Dans la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand l'organisation du reclassement professionnel et de la réadaptation sociale des déficients sensoriels en est encore à ses débuts. On doit noter diverses initiatives ayant abouti à la constitution d'Equipes artisanales ou industrielles de sourds et muets, principalement dans le département du Puy-de-Dôme.

Il faut signaler les activités de protection sociale et d'entraide mutuelle des Associations existant sur le territoire et qui sont rattachées soit à la Fédération Nationale des Aveugles Civils, soit à la Fédération des Sociétés Françaises de Sourds-Muets.

La Société de Secours Mutuel des Sourds et Muets du Puy-de-Dôme a réussi à mettre sur pied il y a quelques années des Equipes sportives, notamment une équipe de Basket et une équipe de Cross.

Il convient de signaler également l'expérience poursuivie actuellement à Clermont-Ferrand avec les pensionnaires de l'Institut des Jeunes Aveugles par la pratique du scoutisme. Les Scouts de France y ont créé le groupe « Louis Braille » qui comprend une Meute de Louveteaux, une Troupe d'Eclaireurs et un Clan de Routiers fonctionnant en liaison étroite avec un groupe de « Voyants », sous l'autorité d'un médecin psychiatre de la Société d'Hygiène Mentale qui appartient aux cadres du Scoutisme.

Répartis dans les diverses unités sans tenir compte de la déficience sensorielle, mais selon leur niveau et leurs capacités, « Voyants » et « Brailles » se livrent en commun, dans un climat joyeux et fraternel, aux activités scoutiques *normales* : sorties, jeux, feux de camp, services divers ; et l'on a pu y voir des aveugles faisant seuls un feu, préparant seuls un repas, ou même, entourés de camarades voyants et vigilants, mais exigeants comme les jeunes le sont entre eux, grimpant aux arbres, se baignant ou faisant de la luge ; les « épreuves de classe » qui marquent la progression du scoutisme sont naturellement adaptées aux possibilités des aveugles, mais restent de même niveau et motivent des efforts de même ordre. L'épanouissement obtenu et les résultats déjà acquis sont un encouragement à développer cette expérience très significative des possibilités de la réadaptation quand elle s'appuie sur des techniques adaptées à la déficience.

ASSISTANCE AUX IRRECUPERABLES

Comme beaucoup d'autres infirmes physiques, les déficients sensoriels socialement irrécupérables peuvent bénéficier, dans un

grand nombre de cas, de *l'assistance à domicile* avec le concours de la tierce personne (loi du 14 juillet 1905).

Pour les Vieillards, les Isolés, les Abandonnés, les Polydéficients, la solution de l'Hospice apparaîtra comme l'ultime moyen d'assistance.

Il existe actuellement peu d'établissements à l'usage des déficients sensoriels présentant l'unique caractère d'établissement d'Incurables, la formule la plus répandue est celle de l'hospice possédant en même temps une section d'assistance par le travail.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède une maison de retraite pour aveugles d'une capacité de 50 lits à Malataverne près d'Yssingeaux (Haute-Loire) ainsi qu'un hospice de sourdes-muettes à Veyre-Monton (Puy-de-Dôme).

En dehors de ces derniers organismes et de l'Ecole départementale des Gravouses de Clermont-Ferrand qui est uniquement un établissement de rééducation et d'enseignement professionnel, tous les autres organismes spécialisés de la région conservent à l'heure actuelle le caractère mixte des établissements de rééducation et d'assistance.

Il serait conforme au vœu émis par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale ainsi qu'à l'esprit des textes législatifs que se différencie plus nettement dans l'avenir une gamme d'organismes à attributions mieux définies.

CHAPITRE V

Les déficients mentaux

La déficience mentale répond à un arrêt ou à un retard de développement psychologique qui se manifeste comme la conséquence d'une affection congénitale ou d'un processus d'apparition précoce qui compromet gravement le développement du sujet en raison même de cette précocité.

Si la déficience mentale peut porter parfois électivement sur les capacités intellectuelles, dans la très grande majorité des cas elle atteint de façon globale la personnalité tout entière à laquelle elle confère des caractères particuliers, en même temps qu'une limitation plus ou moins marquée d'aptitudes. La gamme des déficiences mentales comprend : les états graves qui constituent des infirmités irréductibles et relèvent de mesures d'assistance, les diverses catégories d'états de déficience globale plus ou moins accusées, enfin les simples retards de développement.

Les déficients globaux arriérés ou débiles présentent habituellement, à côté des troubles de l'intelligence et de la personnalité, des troubles du développement, du langage et de la psychomotricité.

Un très grand nombre de sujets peuvent présenter de simples retards de développement intellectuel et même des retards électifs de développement du langage ou de la psychomotricité.

Le nombre des déficients mentaux est très important puisqu'il a pu être évalué comme répondant à la proportion de 1 pour 15 enfants normaux. Sur ce nombre, la majeure partie est aujourd'hui, soit entièrement curable, s'il s'agit de simples retards, soit notablement améliorable s'il s'agit d'insuffisance évolutive globale, grâce à l'application systématique des méthodes médicales et médico-pédagogiques combinées.

Le groupe des déficients mentaux présente une homogénéité d'ensemble qui est fournie par l'importance et la prévalence des troubles capacitaires. Il convient de souligner cependant la relative fréquence des déficiences compliquées de troubles caractériels, de troubles névrotiques et même de dispositions antisociales. L'existence de ces formes complexes est insuffisante toutefois pour compromettre l'unité psycho-pathologique de la déficience mentale, dont elle permet seulement d'infirmar le caractère trop absolu.

Du point de vue pratique et médico-pédagogique, la déficience mentale pose des problèmes qui lui sont propres et qui nécessitent des solutions qui sont surtout valables pour elle.

La déficience mentale se manifestant de bonne heure appartient de plein droit à la psychiatrie infantile.

L'évolution des progrès en ce domaine se signale par une particularité qui doit être notée et qui fait ressortir le rôle prééminent joué par la psycho-pédagogie. C'est de toute évidence aux conquêtes de la Pédagogie et aux remarquables travaux de BINET que reviennent le mérite d'avoir apporté au problème de l'Enfance déficiente des solutions fécondes et pratiques.

La loi du 15 avril 1909, qui a organisé en France l'enseignement spécial, est une loi d'inspiration pédagogique parfaitement adaptée à l'aspect pédagogique de son objet, à laquelle on ne peut reprocher que son absence de préoccupations médicales.

Les orientations actuelles tendent à combler cette lacune en préconisant et en organisant la coopération médico-pédagogique en vue de la récupération maxima des déficients mentaux.

Nous tenons à souligner de façon très particulière tout l'intérêt de cette orientation nouvelle au début de cet exposé.

DEPISTAGE et OBSERVATION

Le dispositif rationnel de la récupération des déficients mentaux éducatibles comporte souvent des organismes à caractère pédagogique, mais l'on devra cependant y faire une place importante aux services d'observation, de surveillance et de cure médicale.

La loi du 15 avril 1909 semble avoir admis que le dépistage des enfants déficients pourrait être pratiquement et systématiquement assuré à l'école par les maîtres eux-mêmes, à qui devrait incomber cette tâche ; elle a prévu dans cet esprit que les enfants seraient présentés devant les commissions médico-pédagogiques appelées à statuer sur l'admission de l'enfant au bénéfice de l'enseignement spécial.

Au moment où fut promulguée la loi, ces dispositions étaient tout à fait pertinentes, il n'existait ni Inspection médicale scolaire, ni consultations spécialisées d'Hygiène Mentale, et la coopération

médico-pédagogique paraissait encore comme difficilement réalisable. Il n'en est plus de même aujourd'hui où de bien plus grandes facilités se sont fait jour.

Si le rôle du maître en matière de dépistage doit être toujours considéré comme de premier plan, il sera cependant avantageux qu'il soit aidé dans cette mission par les Services de l'Hygiène Scolaire et que les avis des médecins spécialistes des Consultations d'Hygiène Mentale soient substitués à celui des commissions, mal outillées pour des examens techniques approfondis, qu'avait créées la loi sur l'enseignement spécial.

D'autre part, l'activité des Consultations d'Hygiène Mentale est venue apporter, au dépistage de l'enfance déficiente, un appoint considérable en ceci qu'elle permet de l'assurer avant l'âge scolaire et que le plus grand intérêt doit être attaché à ce dépistage précoce de toutes les manifestations de retard de développement.

Grâce aux Consultations d'Hygiène Mentale, des examens systématiques et des cures précoces peuvent être instaurés, à condition qu'une information suffisante soit dispensée aux familles qui sont par excellence les premiers agents du dépistage de la déficience mentale, ainsi qu'aux diverses catégories de Techniciens médicaux ou para-médicaux tels que : Assistantes sociales, Infirmières, Sages-femmes, etc...

Une des caractéristiques pratiques de la Déficience Mentale est qu'elle peut être, dans un très grand nombre de cas, évaluée d'une façon suffisante dans le cadre d'une Consultation d'Hygiène Mentale bien équipée. Très souvent, une décision de traitement, d'orientation pédagogique ou professionnelle pourra être prise, sans qu'il soit indispensable de soumettre le sujet à une observation prolongée dans un cadre hospitalier. Cette règle est très loin cependant d'être absolue. Si bien des cas ne posent pas, à l'heure actuelle, de problèmes d'investigation complexe, on peut se demander si un certain nombre d'exams biologiques systématiques n'apparaîtront pas un jour comme nécessaires à la poursuite d'un traitement rationnel, et déjà se manifeste l'intérêt des encéphalographies et électro-encéphalographies de contrôle.

La relative fréquence des cas complexes peut également légitimer la mise en observation des sujets. Enfin certains traitements comme les pneumo-rachies peuvent nécessiter une hospitalisation temporaire.

Pour toutes ces raisons il sera légitime de faire à certains enfants déficients une place dans les Centres d'Observation et de Cure avant de déterminer leur orientation pédagogique.

Sous ce rapport, il serait même souhaitable que tous les Instituts Médico-Pédagogiques possèdent un service d'observation et

de cure médicale, distinct des locaux scolaires et techniquement bien équipé.

Dans la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, les consultations d'Hygiène Mentale dont nous parlerons en détail au chapitre des Névropsychopathes ont été engagées à travailler en coopération étroite avec les écoles primaires et plus spécialement avec les maîtres des classes de perfectionnement.

L'observation médicale des déficients est assurée par le Centre Médico-Psychologique de Clermont-Ferrand, lorsqu'il y a lieu. La Commission d'Action Sanitaire et Sociale a préconisé enfin la création de services d'observation et de Cure dans les Instituts Médico-Pédagogiques de son ressort.

LA CURE

La cure de la déficience mentale est dominée par le souci de favoriser, par tous les moyens possibles, le développement psychique de l'enfant et de l'amener, au cours de toute la période normale de la scolarité et de l'apprentissage, au niveau capacitaire maximum qu'il puisse atteindre.

Trois notions principales doivent être mises en valeur pour la poursuite de cette tâche :

La première notion est celle du classement des sujets selon leur degré de récupérabilité. Il est certainement nécessaire de lutter contre les rassemblements de sujets de niveau très différents qui rendent particulièrement difficile et ingrate la tâche des éducateurs. Il est désirable de parvenir à la constitution de groupes scolaires ou professionnels aussi homogènes que possible. Cette homogénéité, bien entendu, étant moins fonction de l'âge réel du sujet que de son niveau capacitaire.

La deuxième notion est celle des *méthodes d'enseignement spécial*, qui sont aujourd'hui mises à la disposition de ces enfants. Les remarquables conquêtes de la pédagogie sous ce rapport ont permis la conception et la mise au point d'un véritable enseignement spécial des arriérés, dont l'essentiel est fourni par l'utilisation des techniques concrètes et actives et l'application de la méthode des Centres d'intérêt. L'incontestable fécondité de ces méthodes commande aujourd'hui de façon impérieuse l'accès de tous les déficients dans les organismes prévus et organisés pour les dispenser.

L'esprit de l'enseignement spécial, il faut y insister, n'est pas de conduire l'enfant à une somme d'acquisitions maxima, mais de lui donner une formation suffisante tant au point de vue général que professionnel. L'enseignement spécial est également dominé

par le souci de l'action individuelle du pédagogue et par celui de la substitution, au rythme des classes normales, d'une cadence très modérée, adaptée aux possibilités d'acquisition des sujets.

La dernière notion que nous désirons mettre en valeur est celle de l'opportunité d'associer aux méthodes de l'enseignement spécial les ressources de la Thérapeutique médicale, sous forme de traitements longuement poursuivis et attentivement surveillés. Cette action, toujours utile sur le plan général, pourra porter parfois sur la correction de certains troubles fonctionnels relevant de techniques rééducatives, telles que rééducation phonétique ou psycho-motrice, qui devront être assurées sous contrôle médical.

Les organismes de cure se divisent en deux grandes catégories : les *Etablissements pédagogiques* proprement dits, pour les sujets d'âge scolaire, et les *Etablissements d'enseignement professionnel*, pour les sujets d'âge post-scolaire.

Les Etablissements pédagogiques comprennent : les Classes de perfectionnement, les Ecoles de perfectionnement et les Instituts Médico-Pédagogiques.

La classe de perfectionnement, créée par la loi du 15 avril 1909, est, par excellence, l'organisme adapté au rattrapage des retardés et des déficients légers, généralement récupérables sur le plan scolaire.

Administrativement, ce sont des externats spécialisés, fonctionnant dans le cadre des établissements primaires.

L'Education Nationale a donné ces dernières années un très important développement au réseau des classes de perfectionnement des Ecoles primaires. C'est à ce Ministère que sont dues les directives qui fixent à une classe de perfectionnement pour quinze classes normales, le pourcentage désirable, ainsi que le principe de l'ouverture de deux classes spécialisées par groupe scolaire : une classe de filles et une classe de garçons. Cette administration envisage également de poursuivre son effort pour ouvrir des classes de perfectionnement en dehors des grandes villes, dans les agglomérations de moyenne importance.

Les externats de perfectionnement méritent toute l'attention que leur porte le Ministère de l'Education Nationale, puisqu'ils ont le grand avantage de laisser l'enfant dans son milieu familial, tout en lui offrant les ressources pédagogiques qui lui conviennent.

Si elle ne peut être envisagée dans le cadre des Ecoles primaires, l'organisation de la surveillance et du traitement médical simultané pourra toujours l'être dans le cadre des Consultations et surtout des Dispensaires d'Hygiène Mentale, permettant ainsi la mise en œuvre de cette coopération nécessaire des techniques pédagogiques et médicales spécialisées. Il sera bon, dans cet esprit, d'ouvrir, dans les Dispensaires d'Hygiène Mentale des agglomérations urbaines,

une consultation particulièrement chargée des enfants des classes de perfectionnement, qui pourra assurer notamment les missions de rééducation phonétique et psycho-motrice.

Dans la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme ont poursuivi avec succès leur équipement en classes de perfectionnement.

A la date actuelle, le département de l'Allier possède 13 classes de perfectionnement, dont : 2 à Moulins ; 3 à Vichy ; 1 à Cusset ; 4 à Montluçon ; 1 à Gannat et 2 à Commentry.

Le département du Puy-de-Dôme possède 12 classes de perfectionnement annexées aux Ecoles Primaires ; onze de ces classes fonctionnent à Clermont-Ferrand même et une à Thiers. L'ouverture de classes annexes est également envisagée pour les Ecoles Primaires d'Ambert, de Riom et d'Issoire.

A Clermont-Ferrand, le Service Médical des classes de perfectionnement est assuré par le Dispensaire d'Hygiène Mentale qui possède une Consultation exclusivement affectée à cette tâche.

La Haute-Loire possède une classe de perfectionnement au Puy.

La Lozère et le Cantal ne possèdent pas encore de classes de perfectionnement annexées aux Ecoles Primaires. Dans ces trois derniers départements plusieurs projets sont à l'étude.

L'Ecole de Perfectionnement, également créée par la loi du 15 avril 1909, est un organisme, distinct des autres établissements pédagogiques, dont les activités sont consacrées à la formation de l'Enfant déficient. Organismes départementaux ou interdépartementaux, relevant au point de vue technique de l'Education Nationale, ce sont des Internats à caractère exclusivement pédagogique.

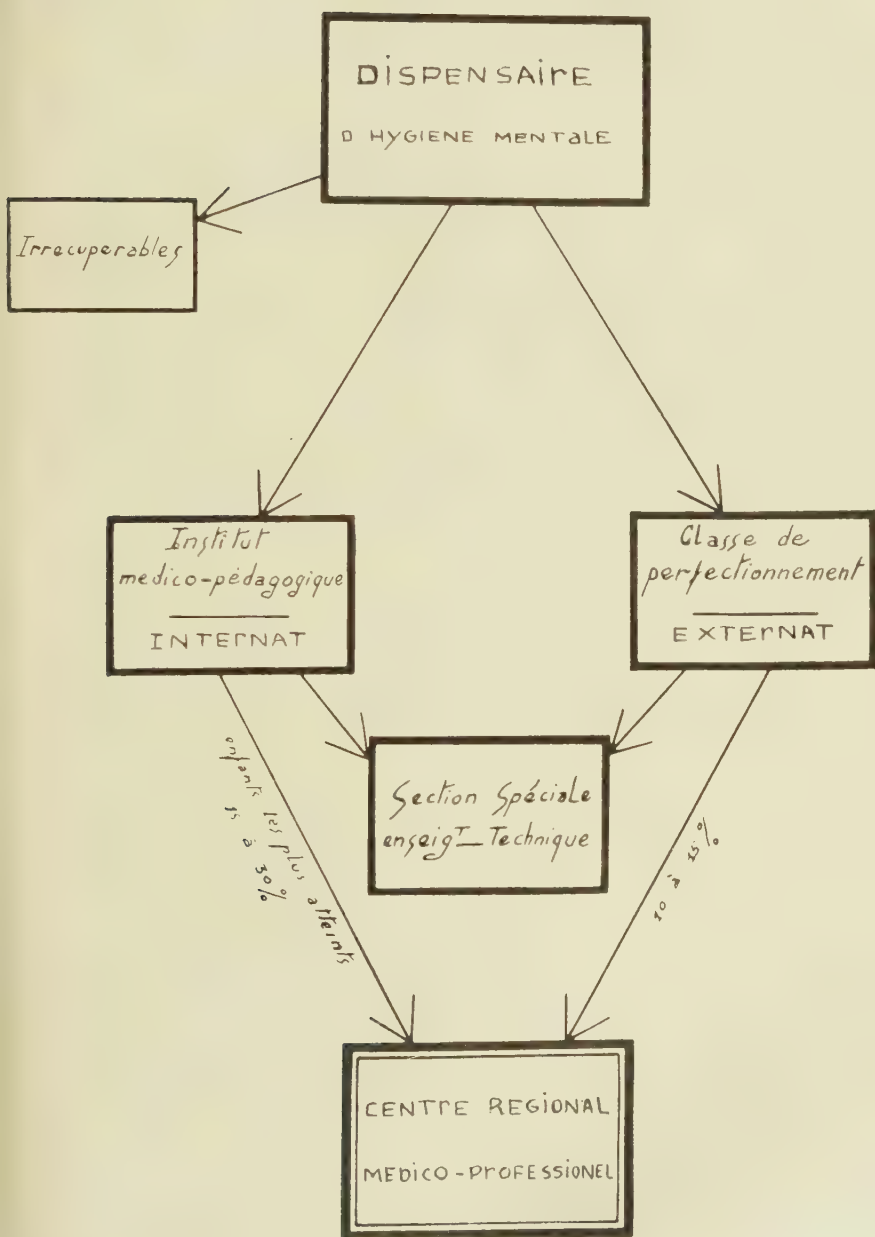
Les Ecoles de perfectionnement devraient pouvoir admettre des sujets d'un niveau inférieur à celui des classes de perfectionnement ; en fait, leur clientèle est sensiblement la même, puisqu'elles sont appelées à recevoir les enfants des milieux ruraux où ne peuvent être ouverts des Externats de Perfectionnement.

En dépit de leur caractère pédagogique exclusif, il ne peut être que très souhaitable que ces établissements soient dotés d'un équipement médical spécialisé, ce qui n'a pas été prévu par la loi.

Le nombre des Ecoles de Perfectionnement est très restreint, il n'en existe que quelques rares exemplaires sur le territoire métropolitain.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand a l'avantage de posséder l'Ecole Départementale des Gravouses, située à Clermont-Ferrand même, qui héberge 120 arriérés récupérables des deux sexes, et où fonctionnent onze classes de perfectionnement.

DÉFICIENTS MENTAUX



organismes départementaux —

organismes régionaux. —

Les Instituts Médico-Pédagogiques sont des établissements de création récente, organisés le plus souvent en annexes des Hôpitaux Psychiatriques, qui présentent, comme leur nom l'indique, le double caractère Médical et Pédagogique et qui fonctionnent comme des Internats comprenant habituellement une division de garçons et une division de filles.

Dans la règle, la clientèle de ces Etablissements est d'un niveau nettement plus bas que celui des organismes précédents. Ils reçoivent cependant une assez grande variété de sujets qui les conduit d'ordinaire à l'aménagement de sections d'éducables et de semi-éducables.

Le mérite essentiel des Instituts Médico-Pédagogiques réside dans le principe qui leur a conféré un caractère sanitaire. Ce caractère offre incontestablement des possibilités de développement pour les activités médicales et il y a lieu de préconiser seulement à leur sujet l'amélioration de l'Équipement technique, qui devra permettre un jour l'application plus systématique et plus perfectionnée des traitements médicaux présents et à venir. Sous ce rapport, nous croyons utile de préconiser la création, dans tous les Instituts Médico-Pédagogiques, d'un Service d'Investigation et de Cure médicale.

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Région du Centre a admis le principe de la nécessité d'un Institut Médico-Pédagogique par département. A l'heure actuelle, les départements de l'Allier et de la Lozère possèdent un Institut Médico-Pédagogique qui fonctionne respectivement en Annexe de l'Hôpital Psychiatrique de Moulins et en Annexe de l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Alban.

En dehors de ces trois catégories fondamentales d'organismes réservés aux déficients mentaux d'âge scolaire, il convient de mentionner l'utilité de l'organisation de l'enseignement spécial dans les Etablissements destinés à la cure des enfants déficients sur le plan physique et physiologique, tels que : préventoriums, aériums, etc... Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer chez ces sujets des cas de déficience mentale ou de retard de développement psychique qui relèvent de l'enseignement spécial.

La caisse régionale de Sécurité Sociale du Massif Central, se rendant à ces desiderata, a procédé à l'ouverture d'une classe de perfectionnement, dans son aérium « Les Mélèzes » à Job (Puy-de-Dôme).

De façon générale, l'organisation de la formation pédagogique des déficients mentaux, si elle n'est pas encore parfaitement réalisée, paraît reposer sur des principes solides qui permettront, un

jour prochain, son épanouissement total. Il n'en est pas de même pour *l'Enseignement professionnel* où l'on en est encore à la recherche de formules pratiques. Si l'on admet parfois l'opportunité d'augmenter les attributions des écoles de perfectionnement et des instituts médico-pédagogiques et de les étendre jusqu'à la formation professionnelle, il ne semble pas que cette orientation puisse suffire à résoudre le problème, car elle tendrait à augmenter la durée du séjour dans ces établissements et, par contre-coup, à diminuer de façon importante le mouvement des admissions. La durée de séjour d'un enfant, qui peut être déjà de six à sept ans, serait ainsi portée à une dizaine d'années; d'autre part, la formation professionnelle d'un certain nombre d'enfants qui ont achevé leur scolarité dans les classes de perfectionnement demande, elle aussi souvent, une solution particulière. Il apparaît donc rationnel de prévoir un *dispositif distinct*, pour la formation professionnelle des déficients mentaux qui n'ont pu être suffisamment récupérés à la fin de leur scolarité, et pour lesquels il importe au plus haut point de parvenir à une activité qui assurera leur reclassement social.

Ce dispositif peut s'inspirer très simplement et très utilement, semble-t-il, de celui adopté pour l'enseignement général.

Il serait rationnel que l'enseignement technique organisât, dans quelques-uns de ces centres, des *sections spéciales* d'apprentissage de métiers ou d'activités convenant aux déficients.

Lorsque ces centres se trouveraient dans une agglomération urbaine, ils présenteraient, pour les déficients comme pour les autres, le caractère d'externat; lorsqu'ils s'en trouveraient éloignés, ils constitueraient évidemment des internats.

Des circulaires récentes du Secrétariat de l'Enseignement Technique indiquent les intentions de cette administration de participer efficacement à l'Instruction professionnelle de l'Enfance Inadaptée; il semble que ce soit surtout dans le domaine de la déficience mentale que les efforts de l'Enseignement Technique devraient être portés, afin de mettre au point des méthodes qui pourraient être l'équivalent en même temps que le complément de celles de l'Enseignement spécial.

Dans le département du Puy-de-Dôme, l'Inspection de l'Enseignement Technique s'est récemment attachée à cet important problème auquel elle compte apporter un commencement de solution, en ouvrant des sections spéciales d'enseignement artisanal et agricole.

On peut admettre que la récupération aujourd'hui méthodique de l'enfant déficient permet d'adresser en fin de scolarité un tiers environ des sujets à l'enseignement professionnel normal. Un second tiers trouverait pour sa formation professionnelle les con-

ditions adéquates dans les sections de l'enseignement technique. Pour le dernier tiers, il restera encore nécessaire de disposer de Centres spéciaux, à caractère sanitaire. Ce dernier contingent sera surtout fourni par les Instituts Médico-Pédagogiques et il sera opportun de disposer pour lui de *Centres Médico-Professionnels*.

L'organisation de cette catégorie de Centres pourra être prévue sur le plan régional — étant donné le nombre finalement restreint et, il faut l'espérer, de plus en plus réduit des bénéficiaires. Dans le cadre de tels Centres, l'activité médicale sera poursuivie parallèlement à la formation professionnelle et à la poursuite ininterrompue de la formation générale et sociale.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand ne possède pas encore d'organismes semblables, bien qu'ils soient prévus au plan d'équipement régional. Divers projets à l'étude permettent d'espérer une réalisation prochaine en faveur des garçons.

L'ADAPTATION PROFESSIONNELLE et SOCIALE

Grâce aux activités mises à leur service pendant de longues années, les déficients mentaux récupérables peuvent être acheminés avec succès vers des conditions de vie professionnelle et sociale de plus en plus rapprochées de la normale. Pour le déficient partiellement récupéré et parvenu à l'âge adulte, il restera encore à favoriser son adaptation professionnelle et sociale. Certes, les déficients seront préparés à l'exercice d'activités où la précision est restreinte, où l'initiative peut être remplacée par la répétition des mêmes gestes, où le contact social est minime. Mais, en outre, un soin attentif devra être apporté à leur encadrement professionnel. Grâce à cet encadrement, le rendement du sujet pourra atteindre le degré de régularité et d'ampleur maximum, car on ne doit pas perdre de vue que le déficient doit être, pour l'exercice optimum de ses activités, mis à l'abri de toutes les surprises ou difficultés imprévues, déchargé d'initiative et fréquemment dirigé dans l'exécution de sa tâche. Le travail *par équipes* ou par petits groupes offre les conditions les meilleures pour ces sujets. Sous ces réserves, les déficients peuvent être admis dans beaucoup d'entreprises non seulement à caractère familial ou artisanal, mais à caractère industriel. Le Ministère du Travail, qui apporte un intérêt croissant au reclassement professionnel « des valeurs humaines réduites », envisage comme un objectif désirable l'utilisation rationnelle et dans une certaine mesure obligatoire des déficients mentaux aptes à un certain rendement.

C'est de cette forme d'organisation du travail collectif encadré que les techniciens de la main-d'œuvre tireront le plus d'avantages

pour la récupération professionnelle des déficients mentaux. Malgré tout, le rendement du déficient pourra, dans bien des cas, rester inférieur à celui de l'ouvrier moyen ; il y aura lieu alors de faire jouer en sa faveur le principe du salaire réduit et de l'allocation compensatrice.

L'adaptation sociale du Déficient psychique exige certainement autant de soins que son adaptation professionnelle. Sa protection sociale est, en deçà d'un certain niveau, indispensable. Elle postule des mesures de tutelle sociale qui sont toutes assez voisines de celles que nous aurons à envisager pour les psychopathes chroniques. Nous renvoyons à ce chapitre pour l'exposé des modalités actuelles d'application de ces mesures protectrices. Nous ne rappellerons ici que les principaux motifs de leur opportunité.

Le Déficient doit être protégé contre lui-même, ses velléités, ses réactions affectives excessives, ses erreurs de conduite, ses emballements inconsidérés et sa suggestibilité. Il doit être protégé contre les dangers d'exploitation dont il pourrait être victime. Il doit être aidé dans la gestion de ses intérêts matériels. Il doit être entouré de toute la sollicitude qui peut seule maintenir son équilibre fragile.

La pratique du placement tutélaire instaurée par la Société d'Hygiène Mentale du Centre dans le Puy-de-Dôme en faveur des Psychopathes chroniques et des Déficients Mentaux, a montré à quel point ces derniers bénéficient de cette forme de protection sociale à laquelle ils sont eux-mêmes très vivement attachés.

Plus que pour le psychopathe encore, la facilité de l'exercice de cette action tutélaire doit inciter à son développement et à sa généralisation.

ASSISTANCE AUX IRRECUPERABLES

L'assistance aux déficients mentaux irrécupérables ne présente pas de difficultés bien marquantes. Elle est habituellement assurée par deux catégories d'Hospices d'Incurables : les Hospices pour Enfants et les Hospices pour Adultes.

Des progrès pourraient être certainement réalisés dans ce domaine, à l'instar de ceux qui se sont manifestés dans les pays étrangers où l'enfant incurable bénéficie d'un cadre matériel confortable et de soins qui tendent à l'occuper, à le distraire, à éveiller ses faibles ressources, en mettant en œuvre de véritables trésors d'ingéniosité.

On doit demander à nos Asiles spécialisés dans l'Assistance aux enfants déficients mentaux incurables de s'inspirer de ces réali-

sations de l'étranger et de s'efforcer de retrouver l'esprit des grands précurseurs que furent chez nous SÉGUIN, BOURNEVILLE et VALLÉE.

On ne peut manquer de constater cependant que l'enfant récupérable suscite en France, de nos jours, beaucoup plus d'intérêt et de dévouement — même dans le domaine de l'initiative privée — et que cette tendance paraît susceptible de se développer au détriment de l'incurable. Il semble que la création de nouveaux services, si elle venait à s'imposer, serait à envisager dans le cadre des principaux Hospices départementaux d'Incurables sous la forme de *sections spéciales* d'enfants déficients mentaux irrécupérables.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède plusieurs Etablissements ou Services d'enfants déficients mentaux incurables. Ce sont : dans l'Allier, l'Hospice du Haut-Barrieux à Yzeure (filles et garçons) ; dans le Puy-de-Dôme, l'Asile d'Anormales de Royat (filles) ; dans le Cantal, l'Hospice de La Devèze (filles) ; dans la Lozère, le Service d'enfants incurables de l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Alban (garçons).

La Commission d'Action Sanitaire et Sociale a envisagé la création de sections spéciales dans les principaux Hospices départementaux d'incurables, cela surtout en faveur des sujets de sexe masculin pour lesquels les moyens d'assistance sont localement très réduits.

CHAPITRE VI

Les névropsychopathes

L'assistance aux malades mentaux est encore officiellement régie par la loi du 30 juin 1838, mais elle met en œuvre, en pratique, un grand nombre d'organismes qui ont vu le jour et se sont développés sous la pression des progrès réalisés en marge de ce texte organique fondamental. La loi de 1838 avait essentiellement en vue le Psychopathe adulte et n'envisageait, pour ce malade, que des possibilités de traitement en milieu hospitalier ; elle avait donc négligé deux catégories importantes de malades : les Névropathes et les Enfants atteints de troubles psychonévrotiques. Elle était restée également silencieuse sur les perspectives modernes de l'Assistance extra-hospitalière.

Depuis la promulgation de la loi de 1838, l'organisation même des établissements qu'elle avait créés a dû subir une modification profonde. L'épanouissement de la technique médicale spécialisée, l'apparition de la technique psychologique, le développement de la technique rééducative et réadaptative ont modifié de façon radicale l'atmosphère des Hôpitaux Psychiatriques dans la mesure où il leur a été possible de s'adapter à la rapidité de l'évolution des techniques et des conceptions.

Nous nous écarterons, dans l'exposé qui va suivre, du cadre de la loi de 1838 pour traiter de l'Assistance aux Névropsychopathes en général à la lumière des réalisations contemporaines et de l'esprit général de synthèse que nous avons adopté.

Nous envisagerons donc dans ce chapitre le Psychopathe au sens large du mot, c'est-à-dire : le sujet adulte atteint d'une affection mentale caractérisée, qu'elle soit légère (névropathe) ou prononcée (psychopathe proprement dit).

Nous envisagerons, également, la vaste catégorie des enfants qui présentent des troubles névrotiques et plus généralement encore des troubles du caractère, quelle que soit la part qui puisse et doive être faite au facteur social dans leur éclosion et leur traitement.

Il est dans la règle, en effet, légitime, d'envisager la plupart des troubles caractériels de l'enfant dans la perspective de la prédisposition névrotique dont ils sont eux-mêmes l'expression ou qu'ils sont susceptibles de déterminer.

C'est parce que les troubles du caractère traduisent ou créent chez les enfants une fragilité que l'on peut qualifier de *pré-névrotique* qu'il est possible sans arbitraire d'assimiler ces sujets aux prédisposés aux affections névro-psychopathiques et de réclamer comme une nécessité technique leur prise en charge par des services médicaux spécialisés, de dépistage, d'observation, de surveillance, et éventuellement de cure.

DEPISTAGE

Il n'est peut-être pas de secteur d'Assistance où le dépistage mérite autant de soins qu'en médecine mentale tant sont nombreux les cas de déséquilibre précoce ou les troubles de développement qui compromettent la résistance physique de l'enfant et de l'adolescent.

Sous ce rapport, de très grands progrès ont été rendus possibles par les relations que les services d'Hygiène Mentale entretiennent aujourd'hui avec les maîtres d'école, par le fonctionnement régulier des services d'Hygiène scolaire, de même que par la multiplication des services sociaux. Le Dépistage Psychiatrique repose peut-être au premier chef sur ces divers concours et c'est pourquoi l'on ne saurait trop recommander de mettre à la disposition de ces praticiens non spécialisés une information suffisante sur la Pathologie Mentale.

Le personnel spécialisé des services médico-psychologiques est bien appelé à exercer des activités de dépistage, ne fût-ce que par la surveillance des familles prises en charge, mais le cadre même de ses occupations (Centre Hospitalier ou Consultations d'Hygiène Mentale) lui impose d'autres attributions telles que le triage, l'orientation, la cure ambulatoire ou les activités de postcure.

Si le dépistage est déjà antérieur aux activités des Dispensaires et Consultations d'Hygiène Mentale, c'est cependant à ces organismes qu'il se rattache et auxquels il aboutit, au point que l'on peut dire que l'organisation du Dépistage Psychiatrique s'est épanouie en France en même temps que l'apparition généralisée des Dispensaires et Consultations d'Hygiène Mentale en exécution

des circulaires ministérielles des 13 août 1937, 6 juin 1941 et mars 1947.

Le succès de cette entreprise est dû à l'intégration des Consultations de l'Adulte et de l'Enfant dans le cadre des Organismes Départementaux d'Hygiène Sociale.

S'il n'est plus, à l'heure actuelle, de département qui ne possède une ou plusieurs Consultations Spécialisées, il convient de remarquer, cependant, que cette branche d'Assistance extra-hospitalière n'a pas encore atteint son développement rationnel et complet qui conduira, croyons-nous, à la mise en place d'un dispositif de Dispensaires et de Consultations Spécialisées, fidèlement calqué sur les autres dispositifs de lutte antituberculeuse ou antivénérienne de l'Hygiène Sociale.

Ce point de vue a été adopté par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Région de Clermont-Ferrand et réalisé, avec quelque anticipation, dans le département du Puy-de-Dôme, qui possède un Service Public d'Hygiène Mentale, dont voici les caractéristiques les plus marquantes (1).

Le Service Public d'Hygiène Mentale du Puy-de-Dôme se présente donc aujourd'hui comme une section de l'Hygiène Sociale Départementale.

Il comprend deux catégories d'Organismes :

Le Dispensaire d'Hygiène Mentale de Clermont-Ferrand et les Consultations spécialisées des Dispensaires Départementaux d'Hygiène Sociale.

Il est placé sous l'autorité du Directeur Départemental de la Santé, assisté d'un des Médecins Spécialistes consultants.

Le personnel médical comprend 6 Médecins spécialistes rémunérés à la vacation horaire.

Le personnel social comprend 2 Assistantes Sociales spécialisées attachées au Service. Il est en outre fait appel au concours de 8 Assistantes Sociales des Dispensaires Départementaux, qui ont vu l'Hygiène Mentale s'ajouter à leurs attributions antérieures.

La Direction des activités du personnel social est assurée par l'Assistante Sociale Chef du Service.

Le personnel psycho-pédagogique comprend 2 Assistants de Psychologie attachés au Service. Il est en outre fait appel, sur le mode de la vacation horaire, à la participation d'un spécialiste d'orthophonie et de rééducation phonétique, ainsi qu'à celle de 8 Assistants de Psychologie et de Pédagogie appelés à prêter leur concours au Dispensaire de Clermont-Ferrand et aux Consultations Départementales.

(1) Pierre DOUSSINET et Henri JOUVELET, *Le service public d'Hygiène Mentale du Puy-de-Dôme*. Comptes rendus du Congrès des Psychiatres et Neurologistes. Besançon 1950.

Le Dispensaire d'Hygiène Mentale de Clermont-Ferrand fonctionne en permanence ; les activités y sont réparties par Consultations et par Services.

Les consultations sont au nombre de 6, à savoir :

- 3 consultations de psychiatrie infantile :
 - a) Consultation de dépistage,
 - b) Consultation d'enfants déficients, particulièrement chargée de la surveillance médicale des classes de perfectionnement,
 - c) Consultation d'enfants inadaptés.
- 1 consultation de psychiatrie générale (névropsychopathes adultes).
- 1 consultation de syphiligraphie nerveuse.
- 1 consultation de neurologie.

Chaque consultation est assurée hebdomadairement par le Médecin spécialiste qui en est le titulaire.

Les services sont au nombre de 6, à savoir :

- Service social,
- Service d'examens psychologiques,
- Service de psychothérapie,
- Service de rééducation phonétique,
- Service de soins médicaux,
- Service d'archives et de Secrétariat.

Les consultations d'Hygiène Mentale des Dispensaires Départementaux ont lieu mensuellement dans les 4 Chefs-lieux d'arrondissement du Puy-de-Dôme : Ambert, Issoire, Riom, Thiers, et dans les 3 centres miniers : Brassac-les-Mines, Saint-Eloy-les-Mines et Messeix-les-Mines.

Elles sont assurées par des équipes de techniciens clermontois qui comprennent :

- un médecin spécialiste,
- un assistant de psychologie,
- une assistante sociale.

Dans l'intervalle de deux visites les consultations sont préparées sur place, par l'Assistante Sociale du Dispensaire qui procède aux enquêtes et fait procéder aux examens psychotechniques les plus usuels, par l'Assistant de Psychologie local de la consultation.

Le bilan des activités du Service pour l'exercice 1950 a été de 2.000 consultants dont 765 nouveaux inscrits. Plus de 500 examens psychologiques ont été pratiqués dans son cadre. 275 placements ont été effectués.

L'Allier possède trois consultations d'Hygiène Mentale à Moulins, Montluçon et Vichy. En Haute-Loire il existe une consultation spécialisée au Puy ; deux sont en projet à Yssingeaux et à Brioude.

7 Renseignements généraux

Docteurs

Toilette

Deshabillage

Hall attente public

W-cl

Service social

Biometrie

8 Psychotechnique

9 Psychoterapie

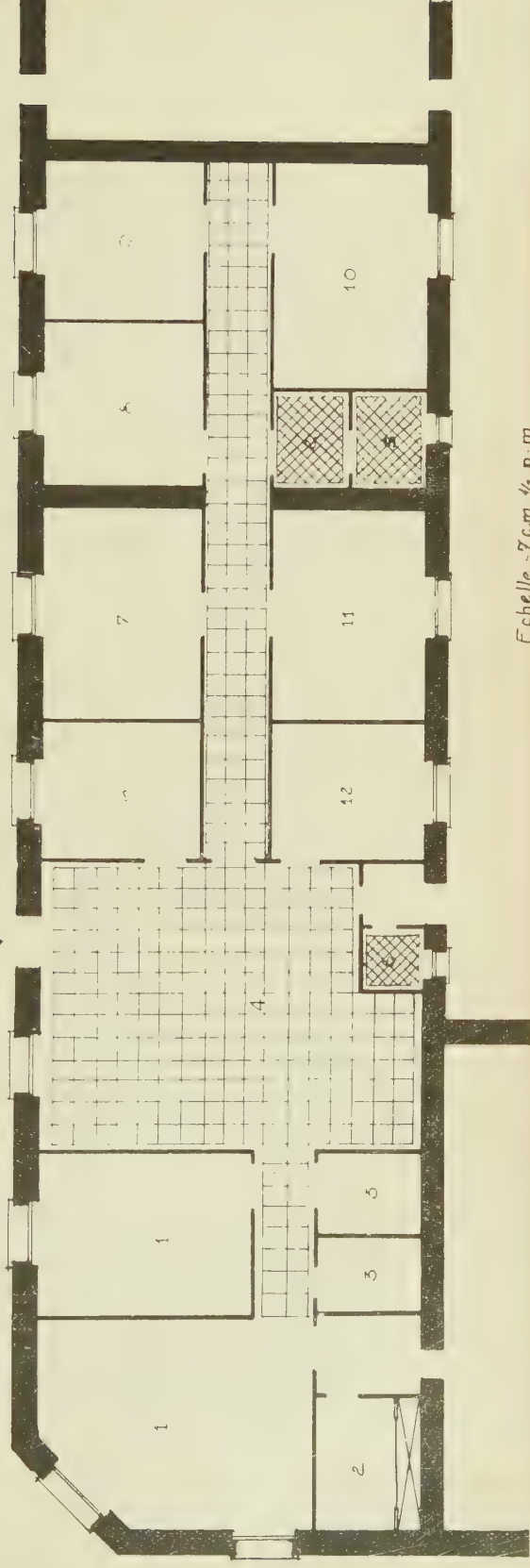
10 Orthophonie

11 Soins médicaux

12 Secretariat

DISPENSARE D'HYGIENE MENTALE DE

CLERMONT F^{re}



Echelle : 7 c.m. 1/2 p. m

La Lozère possède trois consultations à Mende, Marvejols et Florac. Le Cantal possède deux consultations, à Aurillac et Saint-Flour.

Toutes ces consultations fonctionnent sur le mode périodique dans le cadre des Dispensaires polyvalents d'Hygiène Sociale, à l'exception de celle de la Haute-Loire qui fonctionne dans le cadre du Dispensaire de la Sécurité Sociale du Puy.

OBSERVATION

Centres d'examen, de triage et d'orientation, les Consultations d'Hygiène Mentale qui exercent, en outre, des activités de cure et de surveillance, permettent, incontestablement, d'apporter à un très grand nombre de cas faciles la solution adaptée, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

Bien souvent, cependant, les examens pratiqués au Dispensaire, quel que soit l'équipement de ce dernier, seront insuffisants et nécessiteront la mise en observation du sujet.

En psychiatrie infantile surtout, il s'avère fréquemment impossible, dans la pratique, d'obtenir la somme de renseignements nécessaires, sans soumettre l'enfant à une observation prolongée dans un établissement approprié. Il n'est pas rare, non plus, que l'enfant ne puisse être utilement observé sans être soustrait aux influences de son ambiance familiale et sociale. D'autre part, l'étude du comportement de l'enfant, qui occupe dans la clinique psychiatrique infantile une place prépondérante, doit être poursuivie dans diverses perspectives, pédagogique, manuelle, sociale, ce qui ne peut être réalisé dans le cadre du Dispensaire.

Les problèmes qui se posent pour l'adulte sont également parfois au-dessus des ressources du Dispensaire : certaines décisions qui visent l'internement pourront être facilitées par une observation plus prolongée en milieu hospitalier, une mesure analogue pourra de même être rendue opportune par les difficultés fréquentes de reclassement professionnel ou social de certains déficients ou déséquilibrés.

Le Centre d'Observation, dans tous ces cas, pourrait être considéré comme un organisme complémentaire du Dispensaire d'Hygiène Mentale.

Qu'ils soient destinés aux adultes ou aux enfants, les *Services actuels d'observation médico-psychologique* font, dans l'esprit des Instructions ministérielles (circulaire n° 210, Santé Publique 1946), partie intégrante des *services de cure libre*.

Cette disposition paraît rationnelle.

En ce qui concerne les enfants, toutefois, il est absolument

nécessaire de dépasser les instructions ministérielles de 1946 en concevant des *organismes médicaux* d'observation et de soins, distincts des instituts médico-pédagogiques ou rééducatifs.

L'établissement du bilan psycho-physiologique d'un enfant caractériel est souvent chose délicate et nécessitera de plus en plus des investigations multiples de tous ordres dont les résultats devront être pris en sérieuse considération pour l'orientation pédagogique, professionnelle ou sociale.

L'expérience montre, d'autre part, la fréquence insoupçonnée des manifestations névrotiques ou psychotiques déjà caractérisées chez l'enfant trop rapidement étiqueté « caractériel » ; l'intérêt de la sélection attentive de ces cas ne saurait être méconnu, pas plus que la valeur des cures médico-psychologiques qui peuvent être entreprises, pour des sujets moins atteints, avant l'action rééducative proprement dite.

L'Institut Médico-Pédagogique ou le Centre de Rééducation sont nécessairement des organismes où prédominent presque exclusivement les activités pédagogiques ou éducatives.

Le Centre d'Observation et de cure libre à caractère médical comblera une grave lacune de l'équipement spécialisé en psychiatrie infantile en offrant des ressources essentiellement médicales et médico-psychologiques aux enfants qui peuvent être justement considérés comme prédisposés aux affections névrotiques ou relevant de façon prévalente des techniques médico-psychologiques.

L'extension, aux services ouverts pour adultes, d'attributions d'accueil et d'observation, ne soulève pas de difficultés particulières ; elle pose simplement un problème architectural de distribution des locaux et de séparation des sujets relevant de la cure ou de l'observation.

Le Centre d'Observation et de cure libre pour enfants peut être actuellement facilement réalisé à l'échelon régional, mais il restera toujours souhaitable que des services de cure médicale et médico-psychologique se développent progressivement à l'échelon départemental.

L'observation des adultes sera tout naturellement assurée dans le cadre départemental par les Services Psychiatriques ouverts, où une section d'observation devrait être toujours aisément réalisable.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède un Centre d'Observation et de cure libre à caractère médical réservé aux enfants ou adolescents des deux sexes de 6 à 16 ans, fonctionnant en annexe de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand.

« Le Centre Médico-Psychologique Infantile » répond aux nécessités de l'observation et de la cure, tels que nous venons de

l'envisager. Ce Centre d'une capacité de cent lits (50 filles, 50 garçons) est équipé de façon tout à fait moderne, et doté d'un personnel technique abondant (1).

Les Services Psychiatriques ouverts de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand sur lesquels nous allons revenir se sont adaptés aux pratiques de l'observation des malades adultes, mais le plus souvent sans qu'il ait été procédé à l'ouverture de section spéciale.

LA CURE

Le caractère complémentaire d'Etablissement de cure libre, des centres d'observation pour enfants, vient d'être signalé, et nous dispensé de revenir sur cette importante question, si ce n'est pour souligner la nécessité pour chaque région sanitaire de posséder au moins un établissement médical de cet ordre.

Sur le plan éducatif, il sera également nécessaire de faire appel à des établissements spécialisés dans la rééducation de l'enfant caractériel. Ce genre d'établissement paraît encore peu développé et nous manquons à son sujet de directives précises.

Diverses initiatives commencent cependant à se manifester, apportant une ressource nouvelle et incontestablement précieuse pour le traitement d'un assez vaste groupe de sujets.

Dans ce domaine comme dans celui de l'enfance déficiente, il conviendra de prévoir des centres spécialisés pour enfants des deux sexes d'âge scolaire et d'âge post-scolaire. Il semble que ces réalisations devraient être conçues à l'échelle régionale.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède dans l'établissement de Saint-Jean-d'Heurs (Puy-de-Dôme) un centre spécialisé à caractère régional pour le traitement rééducatif des troubles du caractère des garçons d'âge post-scolaire.

La création de deux centres (filles et garçons) pour mineurs d'âge scolaire a été retenue dans le plan d'équipement régional. Il a été admis que l'accès de ces 2 derniers Centres serait autorisé en raison de leur âge (moins de 13 ans) aux petits délinquants facilement rééducables.

Tous ces organismes sanitaires ou éducatifs destinés à la cure de l'enfant caractériel sont des centres hospitaliers ou des internats pédagogiques.

(1) Voir à ce sujet : Pierre DOUSSINET et Henri COURBAIRE DE MARCILLAT, *Le Centre Médico-Psychologique Infantile de Clermont-Ferrand, Techniques Hospitalières*, Mai 1949.

On a pu justement se demander si ces caractères étaient vraiment indispensables et s'il ne serait pas légitime d'organiser pour les enfants caractériels, comme pour les enfants déficients, des externats de rééducation offrant des possibilités simultanées de cure psychologique.

A cette préoccupation peut être rattachée l'initiative du Ministère de l'Education Nationale qui a favorisé la création de *Centres psycho-pédagogiques* annexés aux établissements scolaires du second degré. Ces Centres sont conçus pour permettre la cure pédagogique et même psychologique des inadaptés scolaires de ces établissements sans leur imposer le régime de l'internat lorsqu'ils y sont admis comme externes.

Le prototype de ce genre d'organisme est le Centre du Lycée Claude BERNARD, à Paris, qui relève administrativement de la Direction de l'Hygiène Scolaire et qui a été créé vers la fin de l'année 1946 avec l'appui et le concours financier de la Santé Publique ⁽¹⁾.

La caractéristique technique de ces Centres est qu'ils sont à la fois pédagogiques et médicaux.

Leurs caractéristiques administratives sont d'être annexés à des établissements scolaires et de fonctionner comme des externats.

Ils réalisent une formule valable pour les grandes agglomérations urbaines qui a, outre les mérites précédents, celui d'associer étroitement les diverses activités techniques du médecin, du psychologue et du pédagogue.

Sous l'impulsion de « l'Association des Centres psycho-pédagogiques » fondée en 1948, la création d'un Centre de cet ordre a été envisagée à Clermont-Ferrand par la Société d'Hygiène Mentale qui a mis à la disposition de l'Université les locaux nécessaires à l'exercice des activités médico-psychologiques.

Le chapitre de la cure des affections mentales de l'adulte a été véritablement renouvelé par la réalisation, en marge de la loi de 1838, des Hôpitaux et Services Ouverts. La faveur rencontrée par ces services auprès des usagers a pesé certainement d'un grand poids pour leur généralisation rapide, mais d'autres facteurs de grande importance également s'ajoutent à cette faveur du public.

L'Hôpital Psychiatrique fermé ne pouvait convenir au traitement des malades légers et d'autre part les progrès de la thérapeutique biologique ayant permis de réduire, dans un grand nombre de cas, la durée du traitement des affections aiguës, il est apparu possible et souhaitable de pouvoir traiter les malades atteints de ces affections sans les soumettre aux formalités de l'internement.

(1) André BERGE et Nicole ANGOUVENT, *Premier bilan d'activités du Centre psycho-pédagogique du Lycée Claude-Bernard*. Enfance, Janvier 1950.

Le Service ouvert, enfin, par les attributions d'observation dont nous venons de parler, offre des facilités plus grandes au praticien non spécialisé qui désire soumettre le plus rapidement possible son malade à un traitement approprié, en évitant d'assumer la responsabilité de son internement.

Pour toutes ces raisons, les services ouverts pour adultes nous paraissent appelés à prendre une importance sans cesse grandissante dans le développement de notre assistance spécialisée.

La question de savoir si de tels organismes doivent être ouverts de préférence en Annexes des Hôpitaux Psychiatriques, ou dans le cadre des Hôpitaux Généraux, ne se présente pas comme une question de principe, mais bien plutôt comme une opportunité liée pour la plus grande part à la position géographique des Hôpitaux Psychiatriques. Lorsque ces derniers se trouvent au chef-lieu du département ou à proximité d'un grand centre urbain, il est tout à fait rationnel qu'ils s'enrichissent d'un service ouvert. Lorsque, au contraire, leur position géographique leur rend difficiles les missions qui incombent à ces services, il devient préférable de les organiser dans le cadre des Hôpitaux Généraux.

Ce qui importera toujours, c'est de tenir le plus grand compte, dans l'organisation de ces services, de leurs diverses attributions. Etant appelés à fonctionner à la fois comme Centres d'observation, comme Centres de cure libre pour malades légers et comme Centres de cure libre pour malades aigus, curables dans les trois mois, ces organismes doivent bénéficier de dispositions qui assurent non seulement la séparation des sexes, mais la séparation des catégories de malades qu'ils sont appelés à recevoir.

Tous les départements de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand disposent d'un Service Ouvert de plus ou moins grande importance, fonctionnant la plupart du temps en Annexe des Etablissements Psychiatriques fermés.

A Clermont-Ferrand, un service de cure libre fonctionne depuis une vingtaine d'années dans le cadre administratif de l'Hôpital Général et le cadre matériel de l'Hospice de Vieillards et d'Incurables. La reconstruction et l'adaptation moderne de ce service est prévue dans le plan général de construction du futur Centre Hospitalier régional de Clermont-Ferrand.

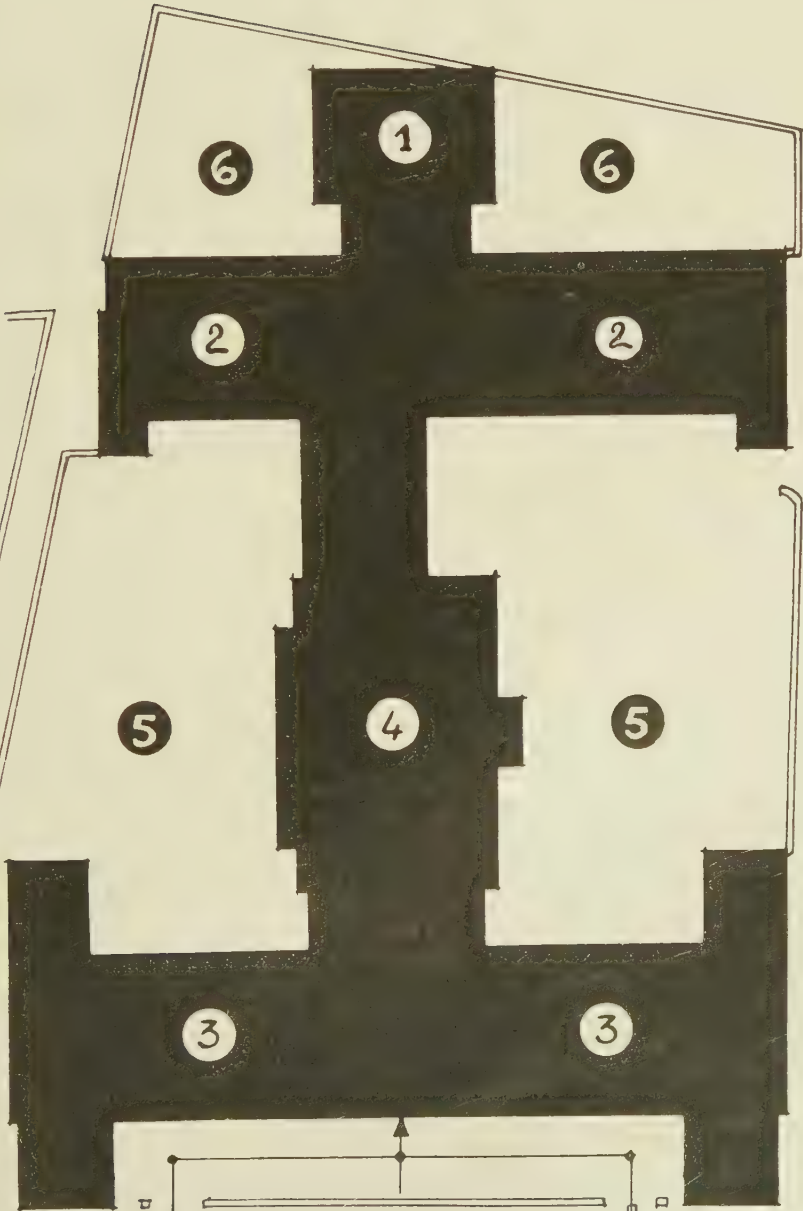
Un autre projet en cours d'exécution dotera très prochainement l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand, d'un Centre d'Accueil, d'Observation et de cure libre, répondant aux diverses missions dont nous venons de parler et que l'on attend aujourd'hui des services ouverts.

Le plan de cet établissement que l'on trouvera ci-joint, fait ressortir avec beaucoup de clarté le souci qui a été apporté à

CENTRE D'ACCUEIL D'OBSERVATION ET DE CURE LIBRE

LEGENDE

1. Groupe de chambres climatisées pour le traitement des delirés aigus.
2. Services d'observation et de traitement des aigus en cure libre.
3. Services de traitement des malades légers
4. Bloc médico-chirurgical
5. Parc des malades légers
6. Cour des malades aigus



la séparation des diverses catégories de malades et à l'individualisation des services affectés à chacune de ces catégories :

Deux corps de bâtiments de deux étages, Nord et Sud, sont respectivement affectés à la cure et à la réadaptation des malades légers ainsi qu'à la cure et à la réadaptation des malades aigus. Un pavillon intermédiaire de trois étages relie ces deux corps de bâtiments en assurant la centralisation par étage des activités médico-psychologiques, des activités médico-chirurgicales et des activités de postcure et de surveillance externe.

Cette réalisation sera une des premières à concrétiser, pour l'exercice de la pratique courante, les directives ministérielles sur les diverses attributions d'un centre de cure libre (circulaire 210, année 1946).

La tendance au développement des organismes dispensateurs de traitement psychologique externe, qui s'est manifestée en faveur de l'enfant caractériel, s'affirmera également, la chose est infiniment probable, en faveur de l'adulte et principalement du névropathe, chez lequel il est admis que la cure psychologique trouve le maximum d'indications.

Il faut s'attendre à voir s'ouvrir des dispensaires ou des instituts spécialisés dans l'application des méthodes de cure psychologique.

Aucune objection valable ne saurait leur être opposée, à condition toutefois que tous ces organismes et toutes ces activités restent étroitement assujettis à la direction et au contrôle médical.

L'expérience poursuivie, sous ce rapport, par l'*Institut de Psychologie Médicale* de la Société d'Hygiène Mentale à Clermont-Ferrand, montre l'utilité d'une telle réalisation et ses grandes possibilités de développement.

Le problème de l'organisation moderne des Hôpitaux Psychiatriques fermés est posé par les progrès de la technique et les nouvelles orientations en matière d'assistance hospitalière aux malades mentaux. Une des tendances les plus fécondes qui se sont manifestées préconise la substitution d'un dispositif de groupes hospitaliers aux anciennes sections constituant les unités médico-administratives de la loi de 1838. L'adoption de ces tendances conduirait à redistribuer les locaux d'hospitalisation en quatre groupes ou *blocs principaux* : le bloc de cure, le bloc-hospice, le bloc de sûreté et le bloc de réadaptation.

Cette conception serait évidemment de nature à rénover une technique hospitalière vieillie et mal adaptée aux perspectives contemporaines. Une telle transformation ne peut être l'œuvre d'un jour mais de toute une époque qui ne saurait rester indifférente aux conditions mêmes du progrès de l'Assistance Spécialisée.

Tous les départements de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possèdent un Hôpital Psychiatrique fermé :

Dans l'Allier, l'Hôpital Psychiatrique Départemental d'Yzeure.

Dans le Puy-de-Dôme et la Haute-Loire, les Hôpitaux Psychiatriques privés de Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand et du Puy.

Dans le Cantal, le Quartier d'Hospice d'Aurillac.

Dans la Lozère, l'Hôpital Psychiatrique Départemental de Saint-Alban-sur-Limagnole.

Si, à l'heure actuelle, aucun de ces établissements n'est parvenu à renouveler son organisation hospitalière sous la forme indiquée, presque tous ont accompli des progrès dans le sens d'un meilleur équipement médical et d'une meilleure organisation des activités de réadaptation professionnelle et sociale.

READAPTATION

En Psychiatrie, comme en Médecine Générale, le chapitre de la postcure est venu s'ajouter de nos jours aux chapitres plus anciens de la cure et de la prévention. En Psychiatrie, autant qu'en Médecine Générale, la post-cure, qui est représentée surtout par la réadaptation professionnelle et sociale, présente un intérêt considérable et paraît appelée à un très grand développement. Beaucoup d'affections mentales sont aujourd'hui curables, certaines le sont complètement et ne posent que des problèmes de réentraînement qui peuvent être résolus dans le cadre hospitalier, d'autres ne le sont que partiellement et nécessitent alors la mise en œuvre de tout un dispositif adapté.

Le problème se présente de façon différente pour les névropathes et pour les psychopathes.

Pour les névropathes, réputés malades légers, la question du reclassement professionnel domine presque toujours le problème de la réadaptation, car ces malades qui ont conservé, la plupart du temps, une sociabilité satisfaisante, restent bien souvent, et de façon durable, diminués dans leur vitalité et leurs possibilités de rendement. Il peut être nécessaire de les orienter vers de nouvelles activités et de les préparer à cette fin : il sera la plupart du temps opportun de les admettre à un régime de travail inférieur au régime courant.

Pour les psychopathes au contraire, la question du reclassement social prime, dans la règle, celle du reclassement professionnel. Il sera, en effet, souvent plus avantageux de chercher à réhabituer le sujet à son ancienne profession ou à l'exercice d'occupations qui s'en rapprochent que d'entreprendre de lui enseigner une nouvelle

activité. C'est moins vers le reclassement que le déclassement dans le sens d'activités plus limitées, plus définies, plus automatiques, que se trouveront rationnellement orientées les perspectives professionnelles de ces amoindris. Ce qui caractérise surtout le psychopathe partiellement récupéré, c'est la fragilité de son équilibre mental et l'inaptitude qui en découle à affronter seul les diverses vicissitudes de la vie sociale. Apte au travail dans le cadre paisible d'une vie bien réglée et sans heurts où il aura à faire face à un minimum d'imprévus et d'initiatives, il ne peut être reclassé avec chance de succès durable que dans ces conditions favorables. Ces faits expliquent le nombre appréciable des malades qui restent attachés à la vie hospitalière en méritant le qualificatif « d'enracinés » qu'on leur applique parfois. Il est certain que des possibilités de retour dans la vie sociale existent pour ces malades à condition qu'un soin particulier y soit apporté. Le mouvement qui se dessine aujourd'hui dans ce sens ne saurait être trop développé et soutenu, car il apporte un véritable complément à l'action de cure et il tend à appeler ces valeurs humaines réduites au maximum de participation sociale dont elles sont capables.

Les formules de réadaptation sociale convenant le mieux aux psychopathes non guéris, mais ayant récupéré, avec des possibilités de rendement professionnel, une sociabilité suffisante, sont : les *organismes de semi-liberté*, créés ordinairement en annexes des établissements hospitaliers, les *foyers collectifs* de deux ou trois malades encadrés par une personne de confiance et organisés d'ordinaire en annexes de petites entreprises artisanales ou agricoles, enfin le *placement familial surveillé*. Il y a d'ailleurs toute une progression possible et désirable dans le régime de la réadaptation sociale correspondant à une véritable gamme de protection tutélaire.

Toutes ces initiatives qui commencent à se faire jour dans notre pays manquent encore, en vérité, de réglementation, et leur développement conduira nécessairement à des dispositions législatives qui devront régler notamment la condition juridique du régime de semi-liberté, du placement tutélaire et de la situation de protégé.

Les divers essais pratiqués, parfois sur une assez grande échelle, témoignent de la fécondité de ces entreprises récentes, au point que l'on ne peut que souhaiter leur extension et leur généralisation.

La réadaptation sociale des malades mentaux récupérables a été entreprise ces dernières années dans le département du Puy-de-Dôme, par la Société d'Hygiène Mentale du Centre, qui a ouvert à Clermont-Ferrand, avec l'aide de la Caisse Régionale

de Sécurité Sociale du Massif Central, un office social de placement tuteurale.

L'office contrôle actuellement trois patronages de semi-liberté, dont deux fonctionnent en annexes de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie de Clermont-Ferrand et le 3^e en annexe de la Clinique de l'Hermitage à Chamalières.

L'office procède également à la réalisation de placements tuteurale en milieu familial, pour lesquels il fait appel au concours de « Correspondants » qui s'engagent, en vertu d'une convention, à prendre en charge les sujets suivant les conditions générales qui font l'objet de la convention et suivant des conditions particulières qui sont précisées pour chaque cas.

Tous les malades en situation de placement tuteurale pris en charge par l'Office sont visités régulièrement par un personnel spécialisé. Les contrats de travail sont soigneusement révisés au fur et à mesure des progrès du rendement des protégés. Diverses dispositions assurent à ces derniers des possibilités de déplacement et l'utilisation de leur gain, de leur avoir.

L'office social de la Société d'Hygiène Mentale du Centre créé en 1947 a pris en charge depuis sa création, 120 protégés. Au cours de l'exercice 1950, les activités de l'office ont répondu à 16.615 journées de présence dans les patronages ou les placements familiaux surveillés. Au cours de cette pratique de trois années aucun incident autre que quelques réinternements pour cause de rechute ou d'inadaptation persistante, n'ont été enregistrés, et d'autre part 20 % environ des sujets ont pu être rendus à une vie sociale normale, exempte de mesure tuteurale.

Pour cette vaste catégorie de malades, qui ont récupéré à la fois des possibilités d'activité importante et une sociabilité suffisante, le retour progressif, voire quelque peu limité, à la vie sociale, est possible et désirable : il doit se présenter désormais comme un des objectifs de l'activité psychiatrique.

Lorsque la sociabilité du malade est insuffisante ou lorsque ses troubles présentent un caractère tel qu'ils rendent particulièrement difficile un retour à la vie sociale, d'anciennes formules comme « l'Asile agricole » ou de nouvelles formules comme les « Chantiers d'Epileptiques », ou les « Centres de réadaptation d'Alcooliques », pourront être préconisées avec fruit. Ce n'est que très progressivement que de tels sujets pourront être soustraits à l'influence de l'atmosphère hospitalière ou rééducative de ces centres par des essais de *placement péri-hospitalier* de moins en moins encadrés et surveillés.

Il existe encore, dans la clientèle des établissements spécialisés, un certain nombre de malades dont la capacité professionnelle est

très faible ou même inexistante, mais dont l'état de santé, la validité, et la sociabilité, pourraient permettre l'assistance au sein même de la société. On conçoit que le souci de donner à ces malades le maximum de liberté possible ait conduit à réaliser pour eux l'intéressante formule des *Colonies familiales*.

Il est permis de se demander toutefois si, même pour ces sujets, la pratique du placement familial, individuel et surveillé, ne présenterait pas des avantages pratiques aussi grands, sans entraîner l'organisation matérielle importante que nécessite la création d'une colonie. De tels placements sont malheureusement impossibles à l'heure actuelle, aucune loi d'assistance ne prévoyant leur financement.

Il existe sur le territoire de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand, une Colonie Familiale organisée par le Département de la Seine, à Ainay-le-Château, dans l'Allier.

ASSISTANCE AUX INCURABLES

L'Assistance aux malades mentaux franchement irrécupérables restera sans doute dans l'avenir, comme elle l'a été dans le passé, une des missions des Hôpitaux Psychiatriques fermés, qui ne paraissent pas pouvoir être déchargés de leur tâche d'Hospices, même si cette dernière tend à se réduire au bénéfice de leurs activités thérapeutiques. Il faut signaler toutefois la tendance qui conduirait à retirer de ces établissements le lot parfois important des déments séniles dont le caractère paisible permettrait l'hébergement dans des services spécialisés des Hospices d'Incurables.

CHAPITRE VII

Les inadaptés sociaux

Nous avons réservé le qualificatif d'inadaptés sociaux au vaste groupe de sujets qui tombent sous le coup de la loi pénale en raison de leurs comportements antisociaux ou de leurs réactions de délinquance.

Il existe, dans le monde des délinquants adultes que nous envisageons ici, une variété assez grande de types psychologiques.

Il existe des types complexes, où la déficience, la névrose et la structure psychologique antisociale sont plus ou moins associées.

Il existe des types faiblement ou fortement caractérisés. Il y a des actions de délinquance bénignes et passagères. Il y a aussi des conduites délinquantes suggérées par l'exemple ou la contagion.

Il y a, enfin, des réactions de délinquance pour ainsi dire accidentelles, c'est-à-dire liées à d'incontestables processus psychopathiques.

La variété des types de délinquants et la diversité des conditions de leurs réactions confèrent au problème pratique une complexité qui ne saurait être méconnue. On ne saurait trop souligner par ailleurs l'incertitude présente de nos connaissances en la matière et la nécessité d'études systématiquement et longuement poursuivies.

Les orientations actuelles se fondent légitimement sur l'extrême fréquence du déséquilibre psychologique sur lequel se développent les aptitudes et les attitudes délinquantes.

On sait que si certains éléments propres à la personnalité peuvent être dégagés de bonne heure par l'observation, le facteur social, sous des formes diverses, joue un rôle presque toujours

important dans l'épanouissement de cette dysharmonie et de ses conséquences.

Dans presque tous les cas, la réaction de délinquance pose un problème médico-psychologique en même temps qu'elle pose un problème de défense sociale.

Le Droit pénal, longtemps dominé par la notion morale de responsabilité, n'a pas échappé aux notions plus récentes de nocivité et de redressement de la personnalité délinquante qui sont sans doute à l'origine de la tendance, encore assez théorique, en vérité, *à l'individualisation de la peine*.

Les entreprises actuelles qui concrétisent l'effort contemporain en faveur de l'étude et de la rééducation du délinquant ne représentent encore que des tentatives très imparfaites dans un domaine où l'on est en droit, semble-t-il, d'attendre de l'avenir une rénovation complète de notre système pénitentiaire traditionnel.

Du point de vue médico-psychologique auquel nous devons nous placer, la réaction antisociale est une anomalie qui peut être prévue, étudiée, traitée, au même titre que toute autre anomalie psychologique.

Notre législation a déjà fait sienne cette façon de voir pour l'enfant et l'adolescent, on ne peut qu'entrevoir avec optimisme son extension à la criminalité de l'adulte.

DEPISTAGE

L'organisation du dépistage ne peut être envisagée avec fruit que si elle est axée sur le souci de la prévention : le dépistage le meilleur sera celui qui s'exercera sur l'enfance et l'adolescence et l'on peut dire que l'œuvre accomplie en ce sens est déjà, comme nous l'avons vu dans le chapitre de l'enfance inadaptée, beaucoup plus qu'ébauchée. Chez l'adulte, le dépistage peut encore être assuré de façon féconde par les Dispensaires d'Hygiène Mentale qui exercent assez facilement leur contrôle, non seulement sur les psychopathes et les déficients, mais aussi sur les alcooliques. Il serait également souhaitable que des examens médico-psychologiques soient pratiqués de façon systématique au bénéfice de la clientèle habituelle des bureaux de bienfaisance, sans parler des maisons maternelles pour lesquelles nous avons déjà signalé cette opportunité.

Le Service Public d'Hygiène Mentale du Puy-de-Dôme s'est efforcé sous ce rapport d'établir des contacts et des relations avec les responsables des établissements de cet ordre.

OBSERVATION

Dans la très grande majorité des cas, l'activité médico-psychologique aura à s'exercer sur des détenus. On ne saurait trop insister sur l'importance des examens systématiques des délinquants, non seulement dans le but communément admis de dépister des affections mentales et des déficiences mentales caractérisées, mais dans celui, non moins important, de dresser le bilan psycho-physiologique de toutes ces personnalités et d'apprécier, s'il se peut, leur degré de nocivité et de curabilité.

Il faut louer sans réserve l'initiative de l'administration pénitentiaire qui a pris récemment en France une position décidée sur cette question aujourd'hui fondamentale, en favorisant l'ouverture de Centres d'Observation dans toutes les Maisons d'Arrêt de quelque importance. Ces centres d'observation, désignés sous le nom d'« Annexes Psychiatriques » des Maisons d'Arrêt, sont, aux termes mêmes d'une circulaire de cette administration ⁽¹⁾, « destinés à permettre que tous les détenus soient soumis, aussitôt après leur écrou, à un examen psychologique complet, et éventuellement à des épreuves de tests qui permettent de consigner sur une fiche individuelle les renseignements essentiels concernant leur hérédité, leurs antécédents médicaux et leur état de santé physique, intellectuel et mental.

» Lorsqu'à la suite de cet examen, un détenu paraît être un débile mental, ou s'il semble qu'un élément pathologique ait pu déterminer le délit, le Psychiatre intervient lui-même et conclut le cas échéant au maintien de l'intéressé à l'annexe.

» L'observation ainsi pratiquée permet, soit de découvrir les simulateurs, soit de vérifier les cas dans lesquels un internement s'impose, soit de déterminer l'établissement pénitentiaire sur lequel devra être dirigé le sujet pour y subir le régime ou y subir les soins les mieux appropriés à son état.

» Lorsqu'il s'agit de prévenus, elle permet d'attirer l'attention du Magistrat instructeur sur l'opportunité d'une expertise mentale et, dans l'hypothèse où cette expertise est demandée, le praticien peut puiser dans l'observation pratiquée des éléments d'information.

» Les différentes indications d'ordre médico-psychiatrique sont mentionnées dans un dossier confidentiel qui suit le détenu à ses destinations pénales successives et qui est conservé en prévision d'une éventuelle récidive.

(1) Comptes rendus du 47^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française. (Clermont-Ferrand 1949) P. 483, 484 et 485.

» Ces dossiers servent non seulement à individualiser l'exécution de la peine, mais constituent aussi une précieuse documentation susceptible d'être utilisée d'un point de vue scientifique par les criminologues. »

A l'heure actuelle, des annexes psychiatriques fonctionnent auprès des maisons d'arrêt de la *Petite Roquette*, de *Rennes*, de *Toulouse*, de *Loos*, de *Fresnes*, de *Marseille* et de *Lyon*.

La Région Pénitentiaire de Clermont-Ferrand ne possède pas encore d'annexes psychiatriques, mais de telles créations sont préconisées dans le projet d'Action Sanitaire et Sociale qui a retenu, à cet effet, la Maison Centrale de Riom, et les Maisons d'Arrêt de Clermont-Ferrand et du Puy.

A Clermont-Ferrand, la Chancellerie a autorisé la Société d'Hygiène Mentale du Centre à organiser un *Laboratoire de Psychologie Criminelle*, où est pratiqué l'examen médico-psychologique systématique de tous les détenus. A ces activités collaborent étroitement un Médecin Psychiatre, un Assistant de Psychologie, et une Assistante Sociale.

CURE et REEDUCATION

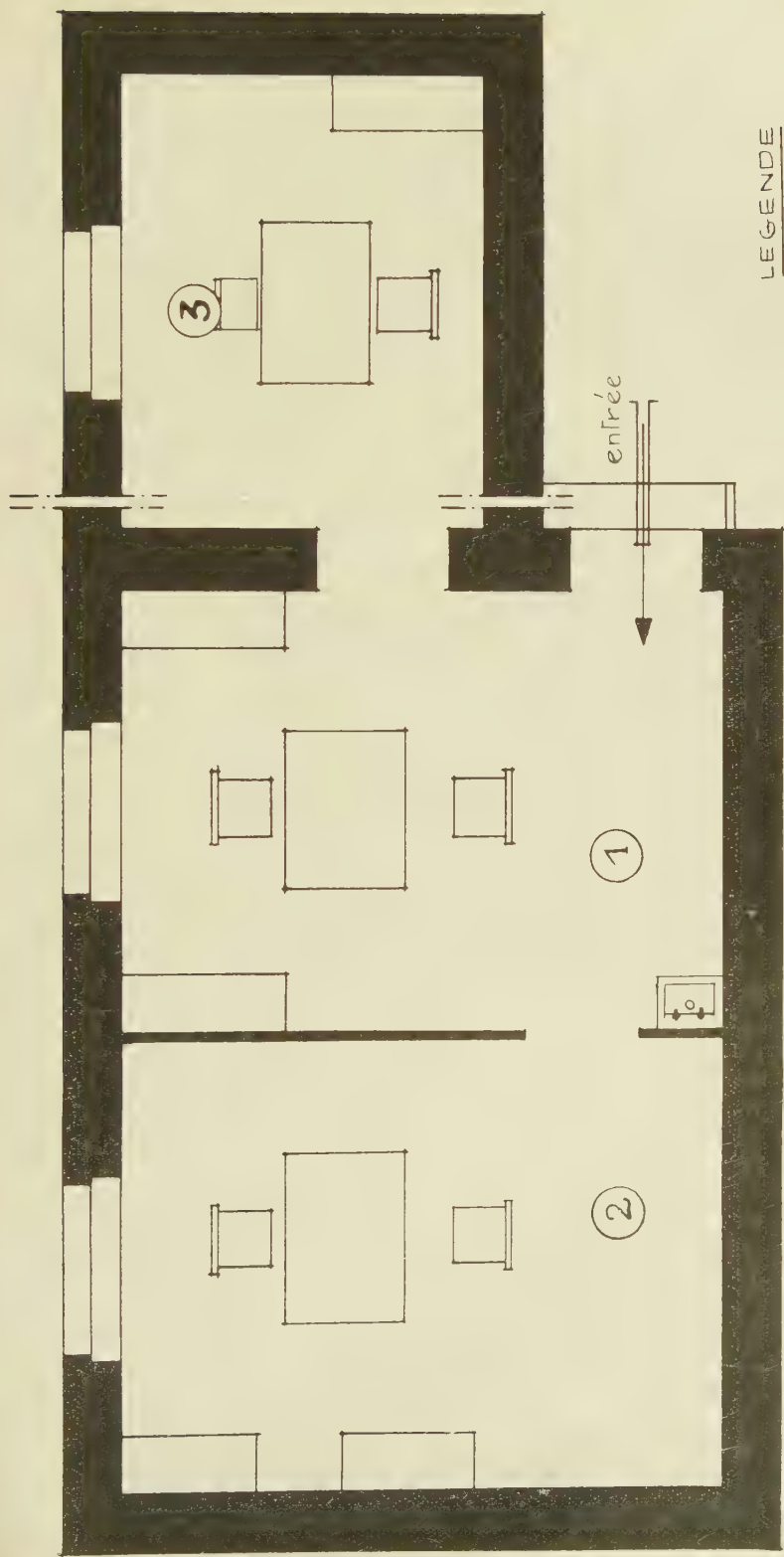
Dans l'état actuel de nos connaissances criminologiques, l'observation, base de toute étude scientifique, paraît devoir retenir de façon privilégiée l'attention des techniciens.

C'est d'elle que l'on peut attendre les enseignements indispensables aux classifications nécessaires mais encore si imparfaites et aux essais de rééducation et de traitements.

La cure, pourquoi le dissimuler, reposera longtemps encore sur de petits moyens empiriques tant que l'on ne sera pas parvenu à une meilleure compréhension de la psychogénèse des réactions de délinquance.

Pour réduits que soient ces moyens de cure, ils n'en méritent pas moins une attention sérieuse, parce qu'ils sont en tout état de cause de nature à améliorer la vie du détenu et à lui permettre, quand il en a gardé la possibilité, des efforts personnels de redressement.

En l'absence de techniques médico-psychologiques précises, c'est à l'esprit des méthodes rééducatives qu'il faudra faire appel. C'est ce qu'a également compris l'Administration pénitentiaire qui s'attache à renouveler l'atmosphère des maisons d'arrêt en y organisant le travail, les activités pédagogiques et culturelles et même, dans une certaine mesure, les essais de resocialisation que permettent les contacts avec les services sociaux spécialisés, les actions de patronage et de parrainage exercées par des visiteurs bénévoles.



LEGENDE

- 1 - bureau du medecin specialiste.
- 2 - bureau du psychologue.
- 3 - assistante sociale.

Il semble que nous soyons encore infiniment éloignés de pouvoir parler d'une doctrine rééducative cohérente, mais il est certain qu'un équipement de plus en plus perfectionné en matière de formation professionnelle peut déjà représenter, pour des sujets bien souvent sans profession définie, une ressource éducative très appréciable.

Le jour où une véritable atmosphère éducative régnera dans les maisons d'arrêt et où, par surcroît, une activité médico-psychologique adaptée et efficace pourra s'y exercer, on sera tout près d'avoir atteint l'objectif qui n'est encore aujourd'hui qu'entrevu.

La cure en maison d'arrêt ordinaire ne s'adressera cependant qu'à une catégorie de sujets : ceux qui se rapprochent le plus des sujets normaux ; pour les autres, ceux qui sont en marge de la pathologie psychiatrique, ceux que l'on désigne communément sous le terme d'« anormaux criminels » et que l'on a tendance à interner dans les hôpitaux psychiatriques, il sera indispensable d'organiser des établissements spéciaux.

La présence de ces sujets dans les hôpitaux psychiatriques est en effet reconnue unanimement comme indésirable : ces sujets ne relevant pas de la technique médicale et hospitalière spécialisée courante.

L'Administration de la Santé Publique, parfaitement consciente de cette distinction nécessaire, a depuis des années procédé à la création de *services spéciaux*, ou d'asiles de *sûreté*, qui sont malheureusement en nombre trop réduit. Elle a été amenée récemment à préconiser l'ouverture, dans les Hôpitaux psychiatriques départementaux, de quartiers spéciaux, à caractères d'organismes régionaux. Cette solution sera peut-être satisfaisante si des réalisations adéquates et assez nombreuses peuvent être poursuivies. A notre sens, toutefois, il serait préférable que de tels services soient ouverts dans le cadre même de l'Administration pénitentiaire sous forme de *Centres Régionaux pour anormaux criminels*, ce qui resterait compatible avec l'application des mesures médicales éventuelles et ce qui aurait l'énorme avantage de ne pas faire peser sur les hôpitaux psychiatriques la disgrâce d'une forme d'Assistance nécessairement carcérale.

La Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale a émis le vœu que les locaux pénitentiaires de la Caserne Pélissier à Clermont-Ferrand, libérés par l'Armée, soient affectés à l'usage des anormaux criminels de la région et transformés à cet effet en Etablissement de Sûreté.

READAPTATION

La réadaptation sociale pour la catégorie de sujets envisagés dans ce chapitre est peut-être à la fois l'entreprise la plus féconde et la plus délicate qui puisse être réalisée à leur intention.

Il serait évidemment souhaitable que des pré-délinquants signalés par les organismes de dépistage puissent bénéficier des mesures de réadaptation sociale. Mais une telle possibilité devrait être au préalable prévue par la législation. Dans la règle, c'est aux délinquants, qu'ils soient mineurs ou majeurs, que pourront être appliquées des mesures légales de réadaptation sociale.

Bien avant l'intervention du législateur, les « *Sociétés de patronage* » aux détenus libérés, dues à l'initiative privée, se sont efforcées d'aider leurs protégés à se reclasser dans la vie sociale et à faire face aux premières difficultés de leur retour dans la vie en société.

Il semble que la plus ancienne de ces sociétés de patronage soit celle qui fut créée en 1833 pour les jeunes détenus de la Seine. Par la suite, ces sociétés se sont généralisées sur l'ensemble du territoire au point de permettre la création en 1893 d'une « *Union Générale des Sociétés de Patronages* ».

L'œuvre législative a apporté une consécration officielle à ces initiatives et a institué un certain nombre de mesures qui ont posé et même partiellement résolu le difficile problème de la réadaptation sociale des délinquants.

La loi du 14 août 1885, en instituant la *Libération conditionnelle*, a prévu dans son article 6 : « que l'Administration Pénitentiaire peut charger les Sociétés de Patronage de veiller sur la » conduite des libérés qu'elle désigne spécialement et suivant les » conditions qu'elle détermine ». En vertu de ce texte, les libérés conditionnels peuvent être placés depuis cette loi sous une sorte de tutelle des Sociétés de Patronage jusqu'à l'expiration de leur peine.

La législation a prévu également une situation analogue de liberté contrôlée, pour les relégués en libération qui sont à la fois soumis à la surveillance policière et à la surveillance que nous appelons tutélaire de l'Administration Pénitentiaire, pendant un délai de cinq ans. (Loi du 6 juillet 1942.)

Deux circulaires de la Chancellerie, en date du 1^{er} février 1946 et du 6 février 1947, ont récemment enfin jeté les bases d'une Assistance Post-Pénale officielle, sous la forme des *Comités d'Assistance et de Placement des libérés*, prévus pour fonctionner dans chaque arrondissement judiciaire et placés sous la présidence du

Président du Tribunal ou du Juge résident. Ces dernières dispositions ont eu pour but et pour conséquence d'assurer une coordination officielle de toutes les activités de patronage.

Il résulte de cet ensemble législatif que :

1° L'Assistance post-pénale est obligatoire pour les relégués en libération et pour les libérés en liberté conditionnelle qui sont astreints à s'y soumettre ;

2° Pour les libérés fermes, aucune obligation n'est prévue, mais simplement une possibilité de bénéficier de l'action protectrice des Comités d'Assistance et de Placement s'ils en formulent le désir.

Le législateur français a donc créé pour les délinquants adultes une sorte de système de la *liberté contrôlée*, destiné à favoriser leur réadaptation et leur reclassement social. Parallèlement, il a créé pour les délinquants mineurs un système de *liberté surveillée* (loi du 22 juillet 1912) qui, à beaucoup d'égards, mériterait d'être étendue aux adultes.

Le but de l'Assistance Post-Pénale est de s'assurer de l'amendement du délinquant et de lui permettre, en le plaçant dans les meilleures conditions possibles, de faire la preuve de cet amendement.

Du point de vue de la protection sociale, comme du point de vue rééducatif, le retour à la liberté complète gagnera toujours à être progressif, et sous ce rapport le système de la liberté surveillée, s'il était étendu aux adultes avec un caractère d'obligation, constituerait un progrès que d'aucuns considèrent comme *décisif*.

Il serait alors nécessaire d'organiser pour les adultes comme pour les enfants tout un dispositif de protection et de surveillance où le premier échelon serait représenté par les *foyers d'accueil et homes de semi-liberté* pourvus de cadres éducatifs, et le dernier échelon par la simple action de surveillance du *délégué* ou du *parrain* s'exerçant plus discrètement et de façon de plus en plus lâche sur des sujets replacés dans le cadre social de leur choix.

La Région Sanitaire de Clermont-Ferrand possède, comme toutes les régions de France, des Sociétés de Patronages coordonnées par les Comités d'Assistance Postpénale. Elle possède également un Centre de Réadaptation pour relégués amendables, qui fonctionne à Clermont-Ferrand même, sous le contrôle de l'Administration Pénitentiaire.

Divers foyers d'accueil s'emploient à procurer une occupation lucrative aux libérés définitifs en attendant qu'ils aient pu retrouver une activité professionnelle stable.

Le Service Social des Maisons d'Arrêt de Clermont-Ferrand,

Riom et Gannat, déploie une activité très efficace pour le reclassement professionnel et social des détenus libérés de ces Maisons d'Arrêt.

Il n'existe toutefois aucun centre de réadaptation présentant les caractères du home de semi-liberté, la création de semblables organismes ne pouvant être entreprise dans l'état actuel de la législation que par l'Administration pénitentiaire et pour la seule catégorie des libérés conditionnels.

Les tendances actuelles, très compréhensives et très progressistes de cette Administration, permettent d'escompter des réalisations de cet ordre dans un proche avenir.

Le difficile problème de la réadaptation du délinquant ne trouvera sa solution définitive et harmonieuse que lorsqu'une solution aura été apportée au problème plus vaste et plus général de la protection tutélaire dont il dépend.

CHAPITRE VIII

Le problème de la protection tutélaire

Les faits que nous avons recueillis et groupés sous l'enseigne de l'Hygiène Mentale, dont nous avons précisé qu'ils constituent la branche pathologique, pourraient tout aussi bien l'être, comme on l'a proposé, sous l'enseigne de l'Assistance Tutélaire ⁽¹⁾.

Qu'on la considère comme un impératif technique, comme une nécessité de la préservation sociale ou comme une obligation morale de la Société envers les incapables, la Protection Tutélaire apparaîtra partout comme la nécessité pratique dont l'universalité d'une part et l'importance d'autre part font peut-être le lien unificateur par excellence.

Visant la protection de la personne de l'incapable, la protection de ses droits et de ses biens ainsi que la protection de la Société, la notion de Tutelle plane et rayonne sur tous les aspects du problème social, moral et technique.

Le progrès de nos orientations, le développement de nos méthodes de cure et de réadaptation ont conféré à l'action protectrice un relief particulier qui tient à la variété nouvelle de ses modalités d'application dont on pourrait dire qu'elles constituent aujourd'hui toute une technique rééducative et médico-sociale.

Si l'on envisage dans leur ensemble les mesures de protection préconisées pour les déficients et inadaptés psychiques, ainsi que pour les familles déficientes détentrices du droit de protection

(1) P. DOUSSINET, Y. ROUSSEL et H. COURBAIRE DE MARCILLAT, *L'Assistance Tutélaire, Contribution à son organisation*. Archives de Médecine Sociale, N° 3, mars 1947.

légale des mineurs, on distingue aisément deux groupes de faits, convergeant, d'une part, vers la protection sociale simple et, d'autre part, vers la protection tutélaire.

La protection sociale simple comporte des mesures qui visent la protection, l'entraide et l'assistance, en laissant subsister dans son intégralité l'exercice des droits civils des intéressés ainsi que la plénitude de leur initiative et de leur liberté. A ce groupe appartiennent toutes les dispositions propres à compenser l'handicap imputable au déficit et à favoriser l'épanouissement professionnel et social ainsi que l'accomplissement éventuel du rôle d'éducateur.

La plupart des dispositions convenant aux déficients sensoriels et aux sujets qui ont conservé ou récupéré le contrôle de leur conduite, la possibilité de diriger leur existence et de faire face à leurs obligations familiales essentielles appartiennent à cette catégorie.

La Protection Tutélaire tend aux mêmes buts de protection, d'entraide et d'assistance que la protection sociale proprement dite, mais elle s'adresse à des sujets qui, en raison de leur âge et de l'état d'abandon dans lequel ils se trouvent, ou en raison de leurs anomalies psychiques, ne peuvent, pas-agèrement ou de façon durable, assurer sans risques et sans dangers pour eux-mêmes et la Société, le contrôle de leur conduite, ni la direction de leur existence.

Toutes les mesures de Protection Tutélaire impliquent, pour ces raisons, une limitation de l'initiative et de la liberté des intéressés qui peut aller, suivant les cas, de la minorité légale proprement dite jusqu'à l'obligation du parrainage le plus libéral.

Une partie des mesures de Protection Tutélaire, les plus bénignes et celles qui correspondent aux entreprises les plus récentes de la technique, n'ont pas encore été codifiées par la législation, ce qui a permis, dans certains milieux de techniciens, l'affirmation d'une tendance à distinguer parmi les mesures de protection tutélaire celles qui sembleraient pouvoir être assurées par la seule persuasion ou par le seul effet de la pression morale d'un groupe social qualifié, de celles qui nécessiteraient l'intervention de la contrainte légale.

Un projet de loi relatif à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, conçu dans cet esprit, a été récemment déposé pour être soumis au Parlement français ⁽¹⁾.

Le projet a pour objet la création, en dehors des organismes judiciaires actuellement existants, d'*organismes non judiciaires de décision et de contrôle*, prévus sous la forme de Conseils Départe-

(1) Cf. LE GUILLANT, *Remarques sur le statut légal des Maisons d'Enfants*, Enfance, novembre-décembre 1949.

mentaux de protection de l'enfance en danger. Ces Conseils seraient essentiellement composés de techniciens, fonctionneraient en faveur de toute l'enfance inadaptée, en dehors des mineurs délinquants, et seraient dotés de moyens d'action dont serait exclue la contrainte légale.

Nous ignorons le sort que le législateur pourra réserver à un tel projet, mais nous nous demandons si quelque chose de solide au point de vue juridique, et d'efficace au point de vue pratique, peut être construit sur une distinction aussi subtile que celle de la contrainte morale et de la contrainte légale, si l'efficacité de la persuasion ne continuerait pas à reposer surtout sur la menace de la contrainte légale, et si par conséquent, en dernière analyse, l'action persuasive du technicien gagnerait quelque chose à s'exercer à la faveur d'un appareil supplémentaire d'orientation et d'intimidation.

A notre sens, l'exercice de toute activité tutélaire entraînant, bon gré mal gré, la limitation de l'initiative individuelle et l'intervention d'une contrainte, aussi nuancée qu'elle soit, pose un problème juridique inéluctable.

La Tutelle exercée par le groupe social sur l'individu, même dans les conditions les plus adéquates et dans son intérêt le mieux compris, n'est compatible avec le principe de la liberté que si elle est ordonnée, contrôlée, levée dans les formes légales, par une autorité de Tutelle.

La Protection Tutélaire est aussi vieille que la tendance de l'homme à prendre sous sa protection les faibles et les déficients. Elle a été depuis toujours le fait de l'initiative individuelle, la plupart du temps non contrôlée.

De nos jours, l'intervention de la technique en a rajeuni et renouvelé l'exercice, mais les techniciens auraient tort de tenter de sortir de leur rôle naturel de conseillers et d'agents d'exécution pour prétendre à l'exercice de l'autorité de Tutelle, même dans le dessein louable de pallier les insuffisances et les carences de nos institutions.

Du point de vue juridique, la notion de Tutelle répond à la notion d'incapacité légale.

C'est parce que l'on a jugé l'enfant mineur incapable de se diriger lui-même que l'on a institué pour lui la Puissance Paternelle.

C'est parce que la famille du mineur aura été jugée incapable d'assurer la protection et l'éducation de l'enfant que des mesures de déchéance du droit de Puissance Paternelle (loi du 24 juillet 1889), d'assistance éducative (décret du 30 octobre 1935) ou de Tutelle aux Allocations Familiales (loi du 22 août 1946), seront prises pour porter remède aux carences constatées.

C'est sur la notion d'incapacité, totale ou partielle, des malades mentaux que reposent des institutions comme l'interdiction, le conseil judiciaire, la curatelle, ou les mesures de protection de la personne et des biens que déclenche automatiquement l'internement.

C'est sur la constatation d'une incapacité, ou le doute d'une capacité suffisante à se conduire selon les normes de la vie en société, que se fondent les mesures obligatoires de surveillance et d'assistance post-pénale applicables aux libérés conditionnels (lois du 14 août 1885 et du 6 juillet 1942).

C'est sur les mêmes bases que repose l'institution de la liberté surveillée introduite dans notre législation par la loi du 22 juillet 1912 en faveur des mineurs délinquants.

Il faut conserver cette notion d'incapacité légale qui aura à être renforcée, dans les cas requis, par celle de nocivité. Mais il est aujourd'hui surtout nécessaire d'élever à la hauteur d'un principe juridique la notion du *Devoir Tutélaire de l'Etat* envers tous les incapables, mineurs abandonnés ou majeurs, qu'ils soient ou non dangereux pour la Société.

Si, en matière pénale, l'évolution historique a conduit, par nécessité rationnelle, à l'intervention de l'Etat et à l'exercice organisé et codifié de la vindicte publique, en matière de protection tutélaire, une même évolution doit se faire sous l'empire des mêmes nécessités rationnelles pour aboutir au terme logique d'une institution sociale qui sera le pendant et le complément des institutions consacrées à la défense et à la protection de la Société.

Des mesures de Tutelle sont depuis longtemps inscrites dans toutes les législations ; ce qui leur manque, c'est d'être codifiées en une *législation de la Tutelle*, c'est d'être unifiées dans un appareil organisé de protection tutélaire.

Du point de vue juridique, il sera toujours hautement désirable que toute action de Tutelle réponde à une situation *juridique déterminée*, d'où la tendance à multiplier les textes en fonction de la multiplicité des éventualités possibles et des actions protectrices opportunes.

Cette conséquence d'une exigence légitime et compréhensible est fâcheuse parce qu'elle confère à l'application une rigidité, une lenteur, un manque d'efficacité que déplorent et dénoncent avec raison les techniciens.

Pour résoudre cette difficulté, il suffirait de définir un *petit nombre de situations juridiques du protégé*, à condition qu'à chacune de celles-ci corresponde une gamme de mesures protectrices susceptibles d'être appliquées avec toute la souplesse que peuvent exiger dans la pratique les variations incessantes des circonstances et des besoins.

Du point de vue rationnel, l'autorité de Tutelle peut et devrait rester un attribut de l'Administration judiciaire. Mais l'exercice de cette autorité doit être organisé de façon tout à fait nouvelle parce qu'il importe qu'elle corresponde à une institution distincte et indépendante — et parce qu'il est d'évidente nécessité qu'elle parvienne à intégrer dans le cadre d'organismes consultatifs et d'organismes de contrôle le concours, en tous points fondamental, des techniciens.

Nous donnerons maintenant à titre indicatif les grandes lignes d'un schéma d'organisation d'une Administration de la Tutelle ⁽¹⁾. Cet exposé traitera successivement des Organismes de décision et de contrôle et des Organismes d'exécution des mesures de protection tutélaire.

Le Tribunal de Tutelle — le Conseil de Tutelle — et les Services de la Tutelle constituent, dans l'esprit de ce schéma, les organismes de Décision et de Contrôle et représentent *une unité administrative distincte* envisagée pour fonctionner en annexe des Tribunaux de première instance.

Une juridiction d'appel également distincte devrait être, bien entendu, envisagée à l'échelon des Cours d'Appel.

Le Tribunal de Tutelle pourrait être composé exclusivement de Magistrats, mais de magistrats ayant reçu une formation spéciale comportant, en plus de l'enseignement théorique de psychologie et de psycho-pathologie, des stages effectifs dans les diverses catégories d'organismes techniques de surveillance et d'assistance aux mineurs et aux incapables.

Le Tribunal de Tutelle pourrait être saisi soit par le Ministère public, soit par l'Autorité administrative, soit directement par toute personne professionnellement qualifiée : juges de paix, médecins, pédagogues, assistantes sociales, infirmières, sages-femmes, etc...

Le Tribunal aurait à statuer sur :

- 1° La mise en Tutelle des personnes ;
- 2° La modalité de protection tutélaire requise ;
- 3° La levée de Tutelle.

Il lui appartiendrait, en outre, de faire surveiller l'exécution de ses décisions et d'adapter ses décisions primitives à toute nouvelle opportunité.

A ces diverses fins, il disposerait de la faculté d'utiliser la compétence du Conseil de Tutelle et l'activité de ses services de contrôle.

Le Conseil de Tutelle, organisme consultatif rattaché au Tribunal, se composerait de commissions techniques qui pourraient

(1) Pierre DOUSSINET, *Pour une Administration de la Tutelle*. Revue médicale de France, mai-juin 1943.

être chargées de donner leurs avis motivés sur chaque cas particulier.

Les membres de ces commissions pourraient être, en outre, étroitement associés au contrôle de l'exécution des décisions du Tribunal, dans tous les cas requis, et habilités à provoquer de nouvelles décisions chaque fois que la chose leur paraîtrait souhaitable afin de communiquer le maximum possible de souplesse à la protection tutélaire.

Le nombre et le caractère des commissions entrant dans la composition du Conseil de Tutelle seraient appelés à varier suivant la situation des tribunaux pour enfants et suivant aussi, dans une certaine mesure, la situation topographique des organismes techniques d'assistance spécialisée.

Le Conseil de Tutelle type — celui qui serait ordinairement rattaché au tribunal du chef-lieu du département, devrait comprendre cinq commissions :

Une commission de l'enfance matériellement ou moralement abandonnée,

Une commission de l'enfance déficiente et inadaptée,

Une commission de l'enfance délinquante,

Une commission pour malades mentaux et déficients adultes assimilés,

Une commission pour inadaptés sociaux.

A la composition de chacune de ces commissions seraient appelés obligatoirement des représentants qualifiés des techniques médico-psychologiques — des techniques pédagogiques et rééducatives — des techniques d'entraide et de réadaptation sociale.

Il pourrait être fait appel, en outre, dans chaque commission, au concours de personnalités non spécialisées mais portant un intérêt actif à un des secteurs de la protection tutélaire ; tels les représentants des associations de familles nombreuses, les représentants d'associations professionnelles ou d'œuvres habilitées.

Les Services de la Tutelle devraient comprendre :

a) Un service technique d'assistantes sociales chargées des diverses enquêtes, visites et rapports ordonnés par le Tribunal ou demandés par les commissions — et principalement destiné à la surveillance de l'exécution des mesures de protection tutélaire ;

b) un service technique de contrôle de la protection des biens, chargé de la surveillance de la gestion des biens des protégés dotés de tuteurs, administrateurs ou délégués à cette gestion.

Le Tribunal aura toujours la faculté de confier à des personnes, agissant à titre individuel et responsables devant l'autorité de décision et de contrôle, l'application de diverses mesures de Tutelle ou de protection tutélaire. Il en sera ainsi notamment pour les cas

entraînant la désignation d'un tuteur, d'un curateur, d'un administrateur ou d'un parrain.

Mais, dans la majorité des cas, l'exécution des décisions devra être confiée à l'un des organismes techniques d'assistance ou d'entraide spécialisée dont nous avons tenté l'étude tout au long des divers chapitres de ce travail. Nous nous bornerons à préciser quelques opportunités concernant leur organisation générale et leur articulation avec l'Administration de la Tutelle.

Il serait nécessaire, pour le bon fonctionnement de cette administration, que toutes les variétés d'organismes spécialisées dans l'assistance et la protection tutélaire se trouvent rassemblées sur le territoire de la Cour d'Appel.

Il serait désirable que tous les organismes publics ou privés fussent soumis du point de vue technique à un classement répartiteur et rattachés à une administration déterminée, chargée non seulement du contrôle de leur organisation et de leur fonctionnement, mais encore du financement des prix de journées.

Dans cet ordre d'idées, il conviendrait de rattacher à une administration régionale ou, à défaut, aux services départementaux de l'Assistance à l'enfance, tous les organismes d'assistance aux mineurs privés de tutelle naturelle ou dépourvus d'une tutelle suffisante.

Dans les mêmes conditions pourraient être rattachés aux services de la Santé publique tous les organismes à caractère sanitaire adaptés à l'application des méthodes médico-psychologiques, médico-pédagogiques et médico-sociales spécialisées.

L'Administration pénitentiaire, enfin, devrait s'enrichir d'une branche nouvelle : celle de la Tutelle aux délinquants incapables, pour exercer une action coordinatrice du même ordre sur les divers organismes dispensateurs de la surveillance spéciale au reclassement des délinquants.

C'est par la détermination des modalités régissant le régime général et particulier des placements, ainsi que les formalités de surveillance du séjour dans ces organismes que peut être heureusement tranchée la question de l'articulation de l'administration de la Tutelle avec les organismes d'exécution.

Pour l'enfance abandonnée ou en détresse morale, le problème du placement est aisément soluble. Il relèverait uniquement de l'autorité de Tutelle qui, une fois pour toutes, aurait pris l'enfant en charge.

Il devrait en être de même pour les délinquants en liberté conditionnelle ou en liberté surveillée, qui devraient être obligatoirement placés sous l'autorité de l'administration de la Tutelle.

Le placement des mineurs en établissements sanitaires spécia-

lisés pourrait se faire naturellement dans les formes habituelles sur l'initiative des familles et n'entraînerait automatiquement l'intervention de l'autorité de Tutelle que pour le contrôle de la justification du séjour dans les établissements à caractère fermé.

Pour les malades mentaux ou les déficients mentaux assimilés ayant atteint la majorité, l'accès aux organismes de cure fermée et la réadaptation sociale sous tutelle resteraient possibles à la demande des intéressés, des personnes leur portant intérêt ou de l'autorité administrative. Mais tous les placements ainsi effectués devraient être portés à la connaissance de la Tutelle qui aurait à en contrôler la justification et les suites.

Le placement dans ces divers organismes pourrait être, en toutes circonstances, ordonné par l'autorité de Tutelle. Tous les placements effectués par l'autorité de Tutelle auraient le caractère de placement d'office. Ils seraient la seule variété de placement à avoir ce caractère, les placements actuellement prescrits par l'autorité préfectorale étant appelés à prendre le caractère d'une mise en observation motivée par l'urgence.

Ces quelques indications ont eu pour but d'illustrer des vues qui sont corollaires, sur le plan législatif, de celles qui visent à assurer l'unité de l'Assistance spécialisée.

Elles tendent, en outre, à concrétiser l'opportunité et la possibilité de développer et de compléter le rôle social de l'Administration judiciaire dans le maintien de ses prérogatives à l'exercice de l'autorité de Tutelle.

Il entre incontestablement dans la mission de la Justice d'évoluer entre la répression et la Tutelle. Rien ne saurait être plus conforme à son esprit que de justifier et de balancer la rudesse de ses fonctions répressives par le bienfaisant contrepoids de ses attributions et de son action tutélaire.

Conclusions

1. — Le Plan d'équipement en organismes d'Hygiène Mentale de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand traduit une préoccupation fondamentale : celle d'affirmer l'unité de la pratique médico-psychologique à travers la diversité des secteurs où elle s'exerce et la multiplicité des activités qu'elle met en œuvre.

2. — Tous les secteurs de l'Hygiène Mentale, de l'enfance abandonnée aux inadaptés sociaux, sont unifiés par des caractéristiques communes qui confèrent à cette assistance des modalités très voisines et très apparentées.

3. — L'organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale implique l'organisation simultanée de la coopération des techniciens de toutes les disciplines qui y participent.

4. — Ce double effort de synthèse et de constitution d'équipes de techniciens animés par l'inspiration médicale représente les traits particuliers des tendances qui se sont manifestées dans la région du Centre.

5. — Le problème de la formation des praticiens de l'Hygiène Mentale, qui doit être compris comme répondant à une formation complémentaire de techniciens rompus aux disciplines de leur profession particulière, gagnerait à être résolu dans le cadre d'Instituts d'Université, seuls susceptibles d'assurer l'unité de l'inspiration médico-psychologique aux diverses sections spécialisées.

6. — Le problème de la protection tutélaire est un problème de législation auquel il serait souhaitable que soit apportée une solution aussi élargie que possible par la création d'une véritable institution de la tutelle en faveur de tous les incapables mineurs ou majeurs.

Bibliographie

Nous avons consulté les collections des revues périodiques suivantes :

- Annales Médicopsychologiques.
- Annales de Médecine Légale.
- Archives de Médecine Sociale.
- Archives Médicales de Suisse Romande.
- Archives Internationales de Neurologie.
- Revue Enfance.
- Revue Sauvegarde.
- Revue Educateurs.
- Revue Rééducation.
- Revue de l'Education Surveillée.
- Revue des Sciences Criminelles.
- Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal.
- Journal de Neurologie et de Psychiatrie.
- Journal de Médecine de Lyon.
- Cahiers de Psychiatrie.
- Documents de l'Information Psychiatrique.
- Information Psychiatrique.
- Aliéniste Français.
- Comptes rendus des congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Nous avons retenu plus particulièrement les ouvrages et articles ci-après :

- ABELY et LAUZIER. — Assistance et protection des malades mentaux - Doin & C^{ie}, Paris 1950.
- ABRAMSON (J.). — L'enfant et l'adolescent instables - Etudes clinique et psychologique, Alcan, 1940.
- ALLENDY (D. R.). — L'enfance méconnue - Collect. « Action et Pensée », Edit. Mont-Blanc, Genève 1947.
- ARTHUS. — Un monde : Nos enfants - Edition Suisse, 9, rue Richopin, Paris.

- BANCAL (J.). — Essai sur le redressement de l'enfance coupable - 1 vol., Sirey, 1941.
- BARUK. — Les crises nerveuses de la seconde enfance. Leçons faites à l'Hôpital Trousseau - « Journal de Neurologie et de Psychiatrie », février 1933, n° 3.
- BARUK. — Les étapes du développement nerveux et mental dans la première enfance - « Gazette médicale de France », 1^{er} avril 1939.
- BARUK. — Recherche sur le développement nerveux et mental du nourrisson - « Gazette médicale de France », 1938.
- BARUK. — Précis de psychiatrie - Masson 1950.
- BARUK et BACHET (M.). — Le test Tsedek, le jugement moral et la délinquance - P.U.F., 1950.
- BELEY. — L'enfant délinquant - Thèse Paris, 1933.
- BINET et SIMON. — La mesure du développement de l'intelligence - 56, boulevard des Batignolles, Paris.
- BODIN. — L'adaptation de l'enfant au milieu scolaire - P.U.F.
- BONCOUR (Ph. et P.). — Les anomalies mentales chez les écoliers - Alcan, édit.
- BULINGHAM et FREUD (A.). — Enfants sans famille - P.U.F., 1949.
- CANNAT (P.). — La réforme pénitentiaire - Imprimerie Administrative, Melun 1949.
- CASABIANCA (P. DE). — Recueil de la législation relative à l'enfance malheureuse ou traduite en justice - Melun 1941.
- CHARLES (F.). — Le secret de l'abandon, son évolution - « Sauvegarde », juin-juillet 1947.
- CHARPENTIER (René). — L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux - « Annales Médico-Psychologiques », avril 1930.
- CHARPENTIER (René). — Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France - « Annales Médico-Psychologiques », octobre 1944.
- CHATEAU (J.). — Le jeu de l'enfant. Introduction à la pédagogie - Coll. « Etudes de Psychologie et de Philosophie », J. Vrin, 1947.
- CHAUFFARD (C.). — Rigidité ou plasticité des aptitudes chez l'enfant - Revue « Enfance », 1949.
- CHAZAL (J.). — Les enfants devant leurs juges - Edit. Familiales de France, 1947.
- CHAZAL (J.). — L'enfant devant la sanction judiciaire - « Sauvegarde », janvier 1948.
- CLAPAREDE (Ed.). — Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale - Coll. « Actualités pédagogiques et psychologiques », Delachaux et Niestle, 1947.
- CORDIER R. — Classes nouvelles - Coll. « Centre d'études pédagogiques », Edit. de l'Epi, 1948.

- CORNIL. — Etudes de neuro-psycho-pédagogie infantile - Imprimerie Saint-Léon, Marseille 1950, 3 fascicules.
- COSSA. — Physiopathologie du système nerveux - Masson, Paris 1950.
- COSTA (J. L.). — Plan de réforme des services de l'éducation surveillée et des institutions protectrices de l'enfance en danger moral - « L'Educ-
ation surveillée », sept.-oct. 1946.
- CREMIEUX (A.), SCHACHTER (M.), COTTE (S.). — L'enfant devenu
délinquant - 1, rue Molière, Marseille 1945.
- DAUMAIZON (G.). — L'application de thèses nouvelles en assistance
psychiatrique - « Information Psychiatrique », sept. 1948.
- DAVAINE (M. et Paulette). — Enfants assistés - « Sauvegarde », juin-
juillet 1947.
- DECHAUME et collaborateurs. — L'enfance irrégulière - Psychologie cli-
nique, P.U.F., 1946.
- DECHAUME. — De l'unité somato-psychique - « Journal de Médecine de
Lyon », oct. 1943.
- DECHAUME, GIRAUD, KOHLER, M^e THEVENIN. — Le traitement médico-
pédagogique des retards intellectuels - « Journal de Médecine de Lyon »,
20 oct. 1944.
- DELAY (J.). — La dissolution de la mémoire - P.U.F., 1942.
- DELAY. — Les ondes cérébrales et la psychologie - 1 vol., Nouvelle
Encyclopédie Philosophique, P.U.F., 1942.
- DELAY. — Psychiatrie et psychologie - « Annales Médico-Psychologiques »,
janv.-fév.-mars 1943.
- DELAY. — Les maladies de la mémoire - P.U.F., 1943.
- DELAY. — La psychophysiologie humaine - P.U.F., 1 vol., 1945.
- DELAY. — Les dérèglements de l'humeur - P.U.F., 1946.
- DELAY. — L'électrochoc et la psychophysiologie - Masson, 1946.
- DELAY. — La doctrine psychosomatique - « Presse Médicale », 13 décem-
bre 1947.
- DELAY. — L'observation psychosomatique - « Presse Médicale »,
19 juin 1948.
- DELAY. — Les bases expérimentales de la médecine psychosomatique -
Conférence faite à la Société médicale de Genève, le 2 décembre 1948,
« Archives Médicales de Suisse Romande ».
- DELAY. — La médecine psychophysiologique - « Presse médicale »,
23 mars 1949.
- DELAY. — La médecine psychophysiologique - 1 vol., P.U.F.
- DELAY. — Discours inaugural du Congrès mondial de Psychiatrie -
Paris 1950.
- DELAY. — Eléments de psychophysiologie - P.U.F.
- DELAY. — Méthodes biologiques et clinique psychiatrique - Masson, 1950.
- DECROLY et MONCHAMP. — L'initiation à l'activité intellectuelle et
motrice par les jeux éducatifs.

- DE GREEF (E.). — Introduction à la criminologie - Louvain, Edition de l'Eerou, 1937.
- DESCOEUDRES (A.). — L'éducation des enfants anormaux - Delachaux et Niestlé, 1932.
- DESCOEUDRES (A.). — Le développement des enfants de 2 à 7 ans.
- DELPUECH (G.). — Un service auxiliaire du tribunal pour enfants - Imprimerie Régionale, Toulouse 1935.
- DIDELOT. — Maison de correction - Editions de France, Paris 1942.
- DONNEDIEU DE VABRES. — Traité élémentaire de droit criminel et de législation pénale comparée - Sirey, 1942 ; Supp., 1946.
- DONNEDIEU DE VABRES. — La justice pénale d'aujourd'hui.
- DONNEDIEU DE VABRES et ANCEL. — Le problème de l'enfance délinquante - Collection « Travaux et recherches de l'Institut de droit comparé de l'Université de Paris », Recueil Sirey, 1947.
- DOUSSINET (P.). — La récupération professionnelle et sociale des déficients sensoriels et des inadaptés psychiques - Revue « Encéphale » et revue « Hygiène mentale », 1950, n° 29.
- DOUSSINET (P.). — Pour une administration de la tutelle - « Revue Médicale de France », mai-juin 1943.
- DOUSSINET (P.). — L'assistance tutélaire, contribution à son organisation - « Archives de Médecine Sociale », mars 1947.
- DOUSSINET (P.) et COURBAIRE DE MARCILLAT (H.). — Essai de définition et de réalisation du placement tutélaire - « Archives de Médecine Sociale », novembre-décembre 1948.
- DOUSSINET (P.) et COURBAIRE DE MARCILLAT (H.). — Le Centre médico-psychologique infantile de Clermont-Ferrand - « Techniques Hospitalières », mai 1949.
- DOUSSINET (P.). — Sous le signe de la Croix Marine - Imprimerie Régionale, Clermont-Ferrand 1949.
- DUVERNE (R.). — Enfant en danger. L'enfant abandonné - « Educateurs », mars-avril 1946.
- EY (Henry). — Etudes psychiatriques - Tomes I et II, Desclée de Brower, Paris 1950.
- ETTEN (Van H.). — Ce qu'il faut savoir du problème de l'adolescence coupable - Edition pour l'enfance coupable.
- FAY (H.M.). — L'intelligence et le caractère, leurs anomalies chez l'enfant - Paris 1934.
- FERRIERE. — L'école active - Edit. Forum, Paris.
- FREY (Er.). — L'avenir des mineurs délinquants - « Sauvegarde », numéro spécial 1948.
- GAL (R.). — L'orientation scolaire - Collection « Nouvelle Encyclopédie Pédagogique », P.U.F., 1946.
- GUILLAUME (P.). — La psychologie de l'enfant - Paris, Herman 1940.

- GUIRAUD. — Psychiatrie générale - 1950.
- HENRI. — La circulation d'un aveugle dans une grande ville - « Revue de France », 15 août et 1^{er} septembre 1938.
- HENRI. — L'aveugle dans son intérieur - « Revue de France », 15 mars 1939.
- HENRI. — La vie des aveugles - P.U.F., 1948.
- HEUYER. — Les troubles du caractère chez l'enfant - « Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques », 13 février 1922.
- HEUYER et BAILLE. — Orientation professionnelle des jeunes délinquants - « Hygiène Mentale », février 1932.
- HEUYER et BAILLE. — Tests moteurs - « Annales Médico-Psychologiques », juillet 1932.
- HEUYER et BAILLE. — Tests moteurs en orientation professionnelle - « Annales Médico-Psychologiques », 3 octobre 1932.
- HEUYER. — Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile - « Annales Médico-Psychologiques », juillet 1934.
- HEUYER. — Criminalité et délinquance infantile - Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, 39^e session, Bruxelles juillet 1935.
- HEUYER. — Quelques problèmes sociaux concernant l'adolescence - « Revue Médico-Sociale de l'Enfance », 1939-40.
- HEUYER. — Enquête sur quatre cents dossiers de délinquance juvénile - 17, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris 1942.
- HEUYER. — Délinquance et troubles du caractère chez les adolescents - « Revue de l'Education Surveillée », 1946, n° 2.
- HEUYER. — Psychopathologie de l'enfance victime de la guerre - « Sauvegarde », 1948, n° 17.
- HEUYER, DECHAUME et TEYSSEYRE. — Considération sur les échecs d'adoption d'enfants - XXIV^e Congrès de Médecine Légale de langue française, Lausanne, Mai 1948, « Annales de Médecine Légale », n° 1, janvier-février 1949.
- HEUYER. — Méthodes de diagnostic de l'inadaptation scolaire (pédagogique, psychologique et psychiatrique) - « Journal de Psychologie normale et pathologique », n° 4, oct.-déc. 1950, P.U.F.
- HOFFER et ANGLES. — La rééducation des déficients psychiques et des retardés scolaires - Doin Edit.
- HOSSENLOPP (M.). — Essai psychologique sur les bandes de jeunes voleurs - Publication de l'Université de Strasbourg, Imprimerie Générale, Clermont-Ferrand 1944.
- HUGUENIN. — Les enfants moralement abandonnés - Edit. du Cerf, Paris 1936.
- INHOLDER (B.). — Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux - Delachaux et Niestlé, 1943.
- JEANNERET (P.). — Réflexions sur les problèmes de l'enfance délinquante - « Sauvegarde », avril 1947.

- JOUBREL (F.). — L'enfance coupable - Thèse Droit, Rennes 1942.
- JOUBREL (H. et F.). — L'enfance dite coupable - Collection « Réalités du Travail social », Bloud et Gay, 1946.
- LAFON (R.) et MARTIN (P.). — Le complexe psychosomatique en pédagogie - Edit. Cartier, 1945.
- LAFON (R.) et MICHOND (M.). — Etude analytique, synthétique et statistique des dossiers d'enfants et d'adolescents inadaptés - « Sauvegarde », avril 1948.
- LAFON (R.). — L'institut psychopédagogique médico-social de l'Université de Montpellier - « Sauvegarde », janvier 1950.
- LAFON (R.). — La psychopédagogie médico-sociale - P.U.F., 1950.
- LAGACHE (D.). — L'emploi clinique des tests et le diagnostic du caractère - « Bulletin de la Faculté des Lettres de l'Université de Strasbourg », avril 1942.
- LAGACHE (D.). — Les possibilités de la consultation médico-psychologique dans l'examen et le traitement des jeunes délinquants - « Revue Médicale de France », mai-juin 1943.
- LANY (A.). — Une méthode moderne d'éducation : « L'internat en plein air » - Edit. Universitaires, 1947.
- LAUNAY. — Retards et régression affective dans l'enfance - « Archives de Pédiatrie », 1943, tome I, n° 4.
- LAUZIER, BONNAFE, GODEAU. — Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique - « Techniques Hospitalières », fév. 1949.
- LE GUILLANT et LIEVOIS. — La législation de l'enfance inadaptée - « Sauvegarde », janvier 1947.
- LE GUILLANT. — Problème de l'assistance à l'enfance - « Sauvegarde », juin-juillet 1947.
- LE GUILLANT. — Etude scientifique des dossiers d'enfants inadaptés, Introduction - « Sauvegarde », avril 1948.
- LE GUILLANT. — Le statut légal des maisons d'enfants - « Enfance », nov.-déc. 1949.
- LE GUILLANT. — Enquête nationale sur l'enfance inadaptée - « Sauvegarde », avril 1949.
- LE BEGUE (S.). — Essai de psychologie du détenu - Réalité du Travail social, Bloud et Gay, 1950.
- LE GUEVEL. — L'humble Paris - Edit. Union des Poètes et Artistes Aveugles, 9, rue Duroc, 1938.
- LE ROY. — L'enfance en danger moral - « Cité Nouvelle », 10 mars-25 avril 1942.
- LEVADE (M.). — Majorité civile et pénale devant la loi - « Rééducation », mars-avril 1950.
- LIHOTTE et DUPEYRAT. — Le problème de l'enfance délinquante - « Dossiers de l'Action Populaire », février-mars 1938.

- LIEVOIS (F.). — La délinquance juvénile - Bibliothèque de l'Ecole pratique de Psychologie et de Pédagogie, P.U.F. 1946.
- MAUCO G. — Le Centre psychopédagogique de l'Académie de Paris au Lycée Claude-Bernard - « Sauvegarde », nov.-déc. 1947.
- MENDOUSSE. — L'âme de l'adolescent - Alcan, 1909.
- MENDOUSSE. — L'âme de l'adolescente - Alcan 1936.
- MICHAUD (C.). — Psychiatrie infantile - 1950. P.U.F.
- MENUT (G.). — La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant - Thèse Paris 1943.
- MENUT (G.). — L'aspect médico-psychologique de la délinquance juvénile - Extrait de la « Revue Médicale de France », 1949.
- MILLOT. — Les grandes tendances de la pédagogie française - P.U.F.
- MOSSE (A.). — De l'application des lois relatives à la préservation et à la protection des enfants en danger d'abandon moral - Melun, Imprimerie Administrative, 1937.
- NOBECOURT et BABONNEIX. — Les enfants et les jeunes gens anormaux - Paris 1939.
- OLERON (P.). — Les sourds et muets - P.U.F., Paris 1950.
- PEYRAT (J.). — Responsabilité civile de fait des pupilles de l'Etat ou des mineurs en liberté surveillée - « Sauvegarde », oct. 1948.
- PEYRAT (J.). — Adoption des pupilles de l'Etat - « Sauvegarde », mai 1949.
- PHILIPPON (Odette). — La jeunesse coupable vous accuse - Les causes familiales et sociales de la délinquance juvénile, Recueil Sirey, 1950.
- PICHON. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent - Masson, Edit.
- PICHOT (P.). -- La mesure de la détérioration mentale - Thèse Médecine Paris 1948.
- PICQUENARD. — Loi du 15 avril 1943 sur l'assistance à l'enfance - Conception de l'assistance à l'enfance, « Sauvegarde », juin-juillet 1947.
- PICQUENARD. — Institutions privées de rééducation des mineurs et l'Administration - « Sauvegarde », juillet 1949.
- PICQUENARD. — Placement des enfants inadaptés - Placement familial et placement en internat, « Sauvegarde », mai 1950.
- PINATEL (J.). — Précis de science pénitentiaire - Paris, Sirey, 1945.
- PINATEL (J.). — Chronique pénitentiaire - « Revue de Science Criminelle », 1947.
- PINATEL (J.). — Traité élémentaire de science pénitentiaire et de défense sociale - Imprimerie Administrative, Melun 1950.
- PLANCHARD (E.). — La pédagogie scolaire contemporaine - Casterman, Paris 1948.
- PREAUT. — Le problème de la réadaptation sociale des adolescents - « Sauvegarde », juillet 1948.

- PUZIN (M.). — Enfance inadaptée et tendance judiciaire - « Revue de Science Criminelle », 1950.
- RAMBERT (M.L.). — La vie affective et morale de l'enfant - Delachaux et Niestlé.
- RAYNIER et BAUDOIN. — L'assistance psychiatrique française - Tomes I et II, 1950.
- REY-HERME (Ph.). — Quelques aspects du progrès pédagogique dans la rééducation de la jeunesse délinquante - Librairie Philosophique J. Vrin, 1945.
- ROBIN (G.). — L'éducation des enfants difficiles - P.U.F.
- ROBIN (G.). — Précis de neuro-psychiatrie infantile - Doin, Edit., 1950.
- ROUART (J.). — Psychologie des enfants assistés - « Sauvegarde », juin-juillet 1947.
- SAND (R.). — Vers la médecine sociale - Ballières, 1948.
- SALEILLES (R.). — L'individualisation de la peine - 3^e édition, Paris, P.U.F., 1927.
- SCHACHTER (M.). — Les problèmes de l'enfance délinquante - Editions Familiales de France, 1947.
- SCHACHTER (M.). — L'enfance délinquante, abandonnée et négligée, à la lumière de quelques travaux récents étrangers - « Sauvegarde », oct. 1947.
- SCHACHTER (M.). — Les lendemains de la rééducation en internat - « Sauvegarde », numéro spécial mars-avril 1950.
- TEIL. — L'apprentissage chez les pupilles de l'Etat - « Sauvegarde », juin-juillet 1947.
- THERESE-MARIE (Sœur). — Réflexions sur le malaise des orphelinats - Educateurs, mars-avril 1946.
- VAN DER SPOEL (Maud). — Etude de la psychologie des orphelins - « Sauvegarde », juillet 1948.
- VELGE (H.). — Les tribunaux pour enfants - Bruxelles, 1946.
- VEREL. — L'enfance irrégulière - Bibliothèque de l'Ecole pratique de Psychologie et de Pédagogie, P.U.F., 1946.
- VILLEY (P.). — Le monde des aveugles - Essai de Psychologie, Flammarion, 1913.
- VILLEY (P.). — La pédagogie des aveugles - Alcan, 1922.
- VILLEY (P.). — L'aveugle dans le monde des voyants - Essai de Sociologie, Flammarion, 1927.
- WALLON (H.). — Les origines de la pensée chez l'enfant - 2 vol.
- WALLON (H.). — L'enfant turbulent - Alcan, 1925.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

SARRAIL.

Vu : *Le Doyen,*

BINET.

Vu : *Le Président de thèse,*

Professeur J. DELAY.

Table des matières

	PAGES
Introduction.....	1
CHAPITRE I. — Organisation de la pratique de l'Hygiène Mentale.....	3
CHAPITRE II. — L'Enfance Abandonnée.....	11
CHAPITRE III. — L'Enfance Inadaptée.....	21
CHAPITRE IV. — Les Déicients Sensoriels.....	35
CHAPITRE V. — Les Déicients Mentaux.....	47
CHAPITRE VI. — Les Névropsychopathes.....	59
CHAPITRE VII. — Les Inadaptés Sociaux.....	75
CHAPITRE VIII. — Le Problème de la Protection Tutélaire.....	85
Conclusions.....	93
Bibliographie.....	95

Table des planches

1. Carte de la Région Sanitaire de Clermont-Ferrand..	CHAPITRE I
2. Foyer de l'Enfance Abandonnée.....	CHAPITRE - II
3. Dispositif d'Assistance pour l'Enfance Inadaptée....	CHAPITRE III
4. Ecole Départementale des Gravouses de Clermont-Ferrand	CHAPITRE IV
5. Dispositif d'Assistance pour l'Enfance déficiente.....	CHAPITRE V
6. Dispensaire d'Hygiène Mentale de Clermont-Ferrand.	CHAPITRE VI
7. Centre de Cure Libre de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.....	CHAPITRE VI
8. Laboratoire de Psychologie Criminelle de la Maison d'Arrêt de Clermont-Ferrand.....	CHAPITRE VII

ACHEVE D'IMPRIMER
LE 15 MAI 1951 PAR L'
IMPRIMERIE MONT-LOUIS
CLERMONT - FERRAND
SOCIETE NATIONALE DES
ENTREPRISES DE PRESSE
DEPOT LEGAL 2^e TRIM. 1951
IMPRIMEUR N^o 376
